1

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOCHANÓWKA - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA
RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROCZNIK II — 1925

REDAKTOR NACZELNY:
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ZASTĘPCA REDAKTORA:
OSKAR BIELAWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY

CZCIONKAMI DRUKARNI „LECH“ T. A. W GNIEŹNIE.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ROK II. DZIEKANKA KWART. I.
1925

WSTĘP.

W dniu 20. października 1894 r. przewieziono z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach pierwszych chorych do nowo wybudowanego zakładu Dziekanka pod Gnieznem. Dzień ten należy uważać jako dzień oficjalnego otwarcia Zakładu. Od tej chwili upłynęło 30 lat. Rok 1924 jest zatem rokiem jubileuszowym 30-letniego istnienia Zakładu.

Dyrekcja Dziekanki postanowiła uczcić rocznicę tę przez wydanie
ZESZYTU JUBILEUSZOWEGO NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH
zawierającego opis Zakładu, notatki kronikarskie tyczące jego powstania i rozwoju, sprawozdania administracyjne, tablice statystyczne, wreszcie charakterystykę lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance (część I). Pozatem składają się na treść zeszytu naukowe prace oryginalne, oraz streszczenia i oceny prac zagranicznych autorów (część II).

Na wydanie zeszytu jubileuszowego Starostwo Krajowe w Poznaniu udzieliło odpowiedniej subwencji, okazując i tym razem życzliwość dla instytucji.

Poznańskie Starostwo Krajowe zajmuje się żywo sprawami Dziekanki, stara się o jej dobro i rozkwit, podniosło administrację Zakładu na wysoki poziom sprawności, położyło duże zasługi około rozwoju Zakładu nie tylko pod względem leczniczym, ale także pod względem naukowym, czego najlepszy dowód stanowią
NOWINY PSYCHJATRYCZNE,
założone przy pomocy Starostwa Krajowego Poznańskiego i utrzymywane także dzięki poparciu Starostwa Krajowego Pomorskiego.

Władze te okazały uznania godne zrozumienie dla potrzeb psychjatrji polskiej, za co Redakcja wyraża niniejszem głęboką wdzięczność.

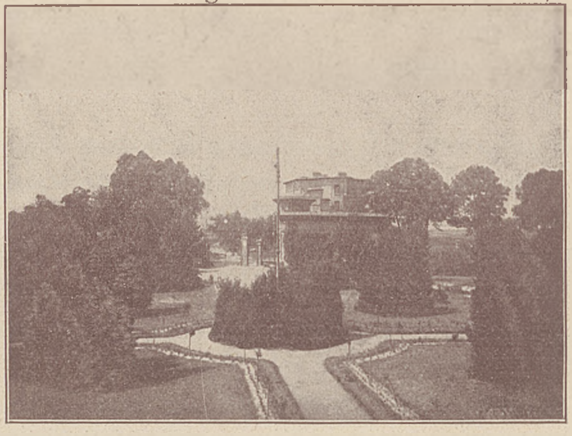
CZĘŚĆ I.

(DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY).

KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY DZIEKANKA.

I. OPIS ZAKŁADU.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka zbudowany w r. 1894 w odległości 1 klm od Gniezna, położony po lewej stronie szosy prowadzącej do Poznania — po prawej stronie wznoszą się domy mieszkalne dla pielęgniarzy — może pomieścić w razie potrzeby do 1000 chorych. Do zakładu należy obszar przeszło 600 morgowy, graniczący na zachodzie z gruntami miasta Gniezna. Z terenu tego przypada ca 100 mórg na dziedzince, (Ryc. 1), ogrody, parki, sady. Reszta, 500 mórg uprawnej roli z zabudowaniami, tworzy folwark (Ryc. 2), na którym pacjenci zakładu zdolni do pracy rolnej znajdują odpowiednie zajęcie. Na obszarze Dziekanki postawio-



Ryc. 1.



Ryc. 2.

no 50 budowli o różnem przeznaczeniu (21 pawilonów szpitalnych). Do Zakładu wchodzi się od szosy przez główną bramę, mija się domek oddźwiernego po lewej stronie, a kaplicę (Ryc. 3.) zakładową i wodotrysk po prawej stronie wejścia.



Ryc. 3.

Na przeciwko wjazdu wznosi się imponujący dwupiętrowy gmach administracyjny (Ryc. 4.) Po prawej stronie gmachu administracyjnego widzimy wilę dyrektorską, po lewej stronie wilę lekarzy-prymarjuszy. Na drugim planie w pośrodku obszernego



Ryc. 4.

dziedzińca (Ryc. 5) wznoszą się budynki gospodarcze. Na uboczach dziedzińca ustawione są 4 domki, mieszczące studnie o zapędach elektrycznych, dalej rzeźnia i straż pożarna, kuźnia i waga decymalna dla wozów ciężarowych. W południowej części obszaru zakładowego znajduje się prosektorjum W zachodnim parku



Ryc. 5.

położonych jest 10 pawilonów szpitalnych dla kobiet, plac tenisowy (Ryc. 6.), na wschodnim terenie 11 pawilonów dla mężczyzn, wila lekarzy ordynatorów (Ryc. 7.), cieplarnia, dom dla I. ogrodowego, dom dla II. oddźwiernego, kręgielnia, plac footbalowy. Zakład posiada własną kanalizację, wodociągi, elektryczne światło. centralne, ogrzewanie dla pawilonów szpitalnych.

Pawilony mogą pomieścić:

1. Na oddziałach dla pensionarzy . . . 2 × 35 = 70 osób
2. „ „ „ pacj. będ. pod obserwacją 2 × 46 = 92 „
3. „ „ „ spokojnych . . 2 × 56 = 112 „
4. „ „ „ fizycznie chorych (lazar) 2 × 62 = 124 „
5. „ „ „ pracujących . . . . 2 × 62 = 124 „
9. „ „ „ niespokojnych . . . 2 × 62 = 124 „
7. „ „ „ zakaźnie chorych . . 2 × 18 = 36 „

Pozatem „pawilony otwarte“ zawierają 6 × 44 = 264 „
i pawilon dla pracujących na folwarku 16 łóżek, razem 280 „

Do celów administracyjnych i ogólnych służą:

1. Gmach administracyjny,
2. Budynek gospodarczy,
3. Kościół,
4. Wila dyrektora,
5. Wila dla dwóch lekarzy prymarjuszów,
6. Wila dla dwóch lekarzy ordynatorów,
7. domy dla 2-ch oddźwiernych,
8. dom dla ogrodowego,



Ryc. 6.

9. Prosektorjum z kaplicą pogrzebową,
10. lodownia,
11. kręgielnia,



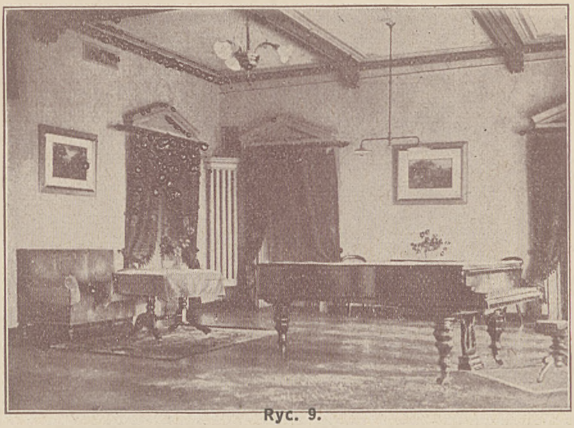
Ryc. 7.



Ryc. 8.

12. Kuźnia i waga,
13. Garaż pożarowy i rzeźnia,
14. 4 studnie elektryczne (pozatem jedna studnia znajduje się w budynku gospodarczym.

Oś podłużna Zakładu biegnie z północy na południe. Pawilony znajdują się w ogródkach ogrodzonych żelaznemi sztachetami, pawilon V.ż. i pawilony „otwarte“ nie mają ogrodzenia, położone są bezpośrednio w parku. Pawilon VI. dla niespokojnych kobiet leży w ogrodzie okolonym żywo - płotem i sztachetami. Żelazne sztachety (częściowo żywopłot) otaczają cały Zakład. Murów przy pawilonach dla niespokojonych mężczyzn nie usunięto



Ryc. 9.



Ryc. 10.

jeszcze ze względów praktycznych; stanowią one bowiem osłonę dla cieplarni przed chłodno-wilgotnymi zachodnimi wiatrami wiosennymi; od strony północnej pozostawiono mury ze względów estetycznych. Domy mają piwnice i są zbudowane z surowej cegły.

Sale dzienne znajdują się zwykle na parterze, sypialnie natomiast przeważnie na pierwszem piętrze. Tylko w pawilonach dla pensjonarzy, dla pacjentów nowo przyjętych i dla słabowitych, znajdują się i sale dzienne i sypialnie na parterze. Pawilony dla nowo przyjętych i dla cieleśnie chorych są parterowe, aby chorym oszczędzić trudu chodzenia po schodach. Dachy są wykonane z cementu drzewnego; tylko kościół pokryty jest dachówką. Podłoga wyłożona jest parkietem dębowym, spoczywającym miejscami dla nieprzemakalności w asfalcie. Parkiet dębowy okazał się praktycznym; po 30 latach prawie niema znaków zużycia. Ściany na oddziałach dla chorych III. klasy są zaopatrzone do wysokości 2 metrów w warstwę cementową i pomalowane olejną farbą; schody założone tak, ażeby nie mogły ulec spaleniu. Okna są przeważnie podwójne Wszystkie pawilony mają urządzenia kąpielowe i centralne ogrzewanie. Piece znajdują się tylko w części otwartej Zakładu, w gmachu administracyjnym i w mieszkaniach urzędniczych. Komory i szatnie znajdują się częściowo na strychach.

I. PAWILONY PENSJONARSKIE.

Pensjonarze I. klasy mogą otrzymać dla siebie na życzenie 1—2 pokoi. Pacjenci II. klasy zamieszkują po 2 do 4 osoby w jednym pokoju. Na każdem piętrze znajduje się duży salon

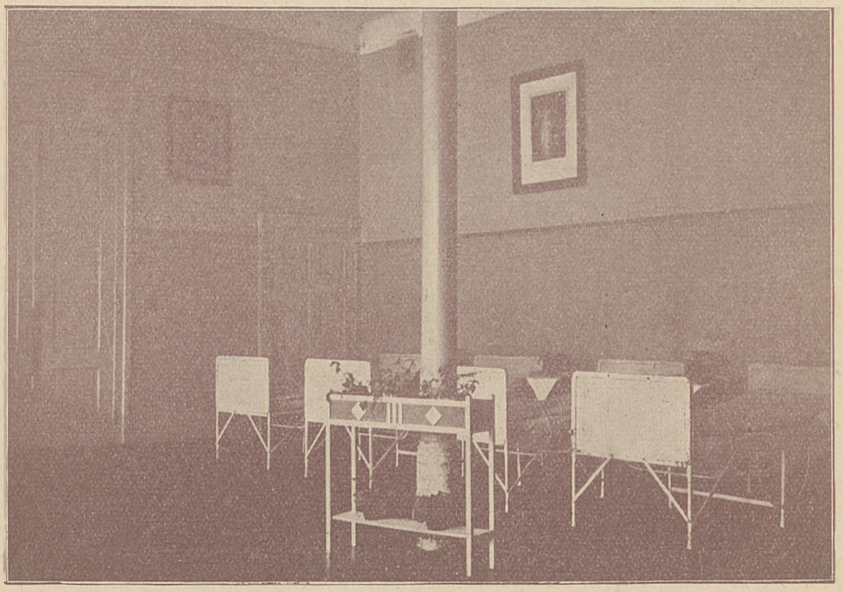
(Ryc. 8 i 9) i jadalnia; każde piętro ma werandę otwartą lub zamkniętą (Ryc. 10), która może być ogrzewana, oprócz tego szereg ubikacji pobocznych jak łazienki, szatnie, ustępy, komórki do przechowania sprzętów i t. p. Izolatki od szeregu lat są zniesione.



Ryc. 11.

II. ODDZIAŁY OBSERWACYJNE.

Dwa domy parterowe zawierają po dwie duże sypialnie zajmujące długość całego budynku i połączone jedna z drugą drzwiami. Na osobę przypada 35 m^3 powietrza Każda sypialnia ma połączenie z salą dzienną, skąd wychodzi się na werandę i do ogrodu. Pokoje mniejsze (1—2) przeznaczone są dla pacjentów klasowych (dawniejsze izolatki przerobiono na miesz-



Ryc. 12.

kania dla młodszego personału pielęgniarskiego); gabinet lekarski, ubikacje poboczne jak łazienki, kuchenki, ustępy, komory uzupełniają rozmieszczenia wewnętrzne domów.

III. PAWILONY DLA SPOKOJNYCH.

Dwa budynki dwupiętrowe z dwoma oddziałami; do każdego oddziału prowadzi osobne wejście i osobna klatka schodowa. Oprócz sal dziennych i sypialnych, oddziały zawierają osobne pokoje dla pacjentów klasowych, mieszkania dla młodszego personału, pozatem pokoje do mycia, łazienki, ustępy, szatnie i komórki do przechowywania sprzętów. W sypialniach przypada na osobę po 20—35 cbm., a w salach dziennych 15 cbm. powietrza. Każdy oddział może pomieścić po 28 chorych. Izolatki są zniesione.

IV. LAZARET.

Dwa budynki jedno-piętrowe zawierające po 6 dużych sal (Ryc. 11), gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personału, ubikacje uboczne jak wspólne umywalnie, łazienki, ustępy, komory do rzeczy, komórki do przechowywania sprzętów, kuchenki, w piwnicy wanny cementowe do płukania bielizny zanieczyszczonej i warsztaty. Sypialnie zawierają po 25 cbm., a sala dzienna 15 cbm. powietrza na osobę. Izolatki są zniesione.

V. ODDZIAŁY DLA PRACUJĄCYCH.

Dwa pawilony tak samo urządzone jak oddziały pod nr. 3.

VI. ODDZIAŁY DLA NIESPOKOJNYCH.

Dwa budynki piętrowe. Parter zawiera 3 sale sypialne (Ryc. 12), salę kąpielowe (po 6 wanien szamotowych), gabinet lekarski, mieszkania dla młodszego personału, pokoje dla pacjentów klasowych, komory, kuchenkę, wspólne umywalnie, ustępy. Ze środkowej sali prowadzi wyjście na werandę i do ogrodu. Piętro zawiera 2 sale dzienne, sypialnie, pojedyncze pokoje, mieszkania dla młodszego personału, wspólne umywalnie i ustępy. Izolatki są zniesione.



Ryc. 13.

VII. PAWILONY DLA CHORYCH ZAKAŹNYCH.

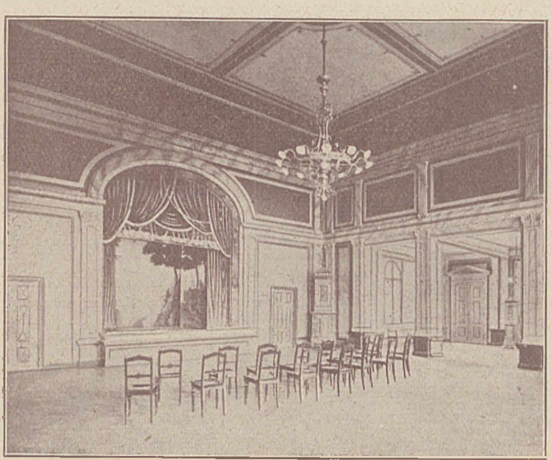
Każdy z dwóch pawilonów zawiera salę na 16 łóżek, 2 osobne pokoje (po 3 łóżka), umywalnie, kuchenkę i łazienkę, ustęp i komórkę do chowania sprzętów, ogrzewanie podłogi, posadzkę z gipsu pokrytą linoleum, po stronie południowej otwartą werandę z wyjściem do sadu, na szczycie dachu urządzenie do wentylacji.



Ryc. 14

VIII. IX i X. M. i Ż. ODDZIAŁY OTWARTE.

Sześć jednopiętrowych pawilonów, każdy dla 44 chorych. Sypialnie zawierają po 25, sale dzienne po 15 cbm. powietrza na osobę. Na parterze znajdują się pokoje mieszkalne, a na pierwszem piętrze sypialnie. Pozatem każdy pawilon posiada kuchenkę, wspólną umywalnię, szatnię, ustępy i komory, Budynki mają ogrzewanie piecowe (piece Borna z bezpośrednim dostępem powietrza z zewnątrz i z wchłanianiem przez komin zepsutego powietrza) Podłogi są wyłożone deskami sosnowemi. Przed każdym domem znajduje się długa kryta weranda. Drzwi zamyka się tylko na noc. Kąpiele (wanny i natryski) dla pacjentów z oddziałów otwartych mieszczą się w budynku gospodarczym.



Ryc. 15.

XI PAWILON DLA PRACOWNIKÓW FOLWARCZNYCH.



Ryc. 16.

Po lewej stronie drogi z zakładu do folwarku wznosi się parterowy budynek, zawierający sypialnię na 16 łóżek, salę dzienną i ubikacje uboczne, jak pokój mieszkalny dla młodszego pielęgniarza, kuchenkę, komórkę do sprzętów. Pawilon XI przeznaczony jest dla mężczyzn, rekonwalescentów wzgl. chroników zajętych robotami na folwarku.

BUDYNKI SŁUŻĄCE DO POTRZEB ADMINISTRACYJNYCH I OGÓLNYCH.

I GMACH ADMINISTRACYJNY.

Na parterze (Ryc. 13) gmachu administracyjnego mieszczą się biura zarządu (kancelarja, intendantura, rejestratura, kasa), poczekalnie, ubikacje służbowe dyrektora i lekarzy, apteka, laboratorjum, muzeum anatomo-patologiczne, sala konferencyjna (Ryc. 14.) kasyno lekarskie, biblioteka, na I i II piętrze sala teatralna (Ryc. 15), sala wykładowa (Ryc. 16), mieszkania lekarzy-asystentów i urzędników administracyjnych.

II. BUDYNEK GOSPODARCZY

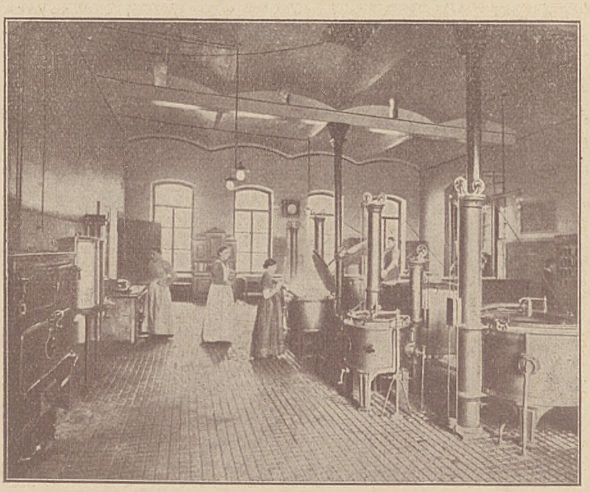
Budynek gospodarczy (Ryc. 17) mieści: spichrze, komory, biuro klucznika, kuchnię parową (Ryc. 18) z przynależnemi ubikacjami ubocznemi jak spiżarnia, umywalnia statków, mleczarnia; potrawy dla I i II klasy przyprawia się na dużem ognisku, dla III klasy w kotłach żelaznych (miedziane kotły zabrała podczas wojny władza wojskowa) z parowem ogrzewaniem; kartofle parzy się w parowniku, pieczywo piecze się we framugach w piecu, potrawy ogrzewa się w odpowiednich szafach. Posadzka w kuchni wyłożona jest płytami żłóbkowanemi, ściany do wysokości 2 metrów pokryte są białymi kachlami, sufit zaopatrzony jest w wentylator elektryczny. Naprzeciw kuchni znajduje się lodownia i izba do płukania jarzyny.

Na piętrach znajdują się mieszkania dla klucznika i personału kuchennego, spichrze i komory, a w piwnicy desinfektorjum i komórki dla przechowywania surowców.



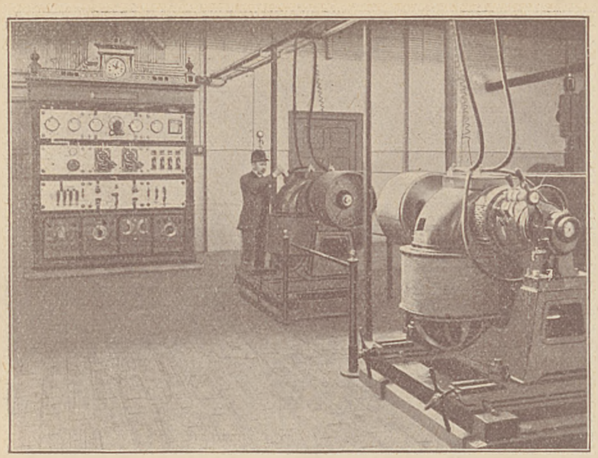
Ryc. 17.

Pralnia parowa posiada urządzenia techniczne, jak cementowane kubły do namaczania i kotły do gotowania bielizny, do prania maszynowego, przyrządy do płukania, centryfugę. Wypraną bieliznę odsyła się windą na I piętro do suszenia ciepłem powietrzem. Wszystkie maszyny prowadzone są siłą elektryczną. Na I i II piętrze mieszczą się składy bielizny, materjałów krawieckich, szewskich i t. p., komory, szwalnie, maglownia i mieszkania dla praczek i szwaczek.



Ryc. 18.

Za pralnią znajdują się hale maszyn (Ryc. 19) i kotlarnia (Ryc. 20), studnia elektryczna ślusarnia, mieszkanie dla I. maszynisty, w piwnicy akumulat., na I. pt. warsztat krawiecki, szewski, siodlarski, stolarski i mieszkania dla młodszego personału rzemieślniczego. W hali maszyn czynne są na zmianę 2 maszyny parowe, o



Ryc. 19.

sile 130 H. P. i 45 H. P. (S. K.)

Akumulatory mogą gromadzić elektryczność na 24 godziny. Kotlarnia zawiera 4 duże kotły, każdy 360 centnarów ciężki o 8 m² powierzchni; piwnice boczne mieszczą pompy parowe do nawodnienia, rezerwoary z ciepłą wodą na kąpiele, kondensatory i t. d. Na podwórzu węglowem wznosi się komin do wysokości 1 0 stóp. Nad halą maszyn wznosi się do wysokości 4) m wieża z 2 rezerwoarami do wody po 75 cbm pojemności. Po obu stronach kotlarni przybudowano łazienki dla kąpieli zwyczajnych i natryskowych.

III. PROSECTORIUM.

Zawiera salę do autopsji, pracownię dla lekarzy do badań anatomo-patalogicznych, salkę do składania zwłok, kaplicę, z której wychodzi pogrzeb na cmentarz zakładowy.

IV. KOŚCIÓŁ.

Ma 2 ołtarze, dla katolików i protestantów i 16) miejsc do siedzenia.

V LODOWNIA

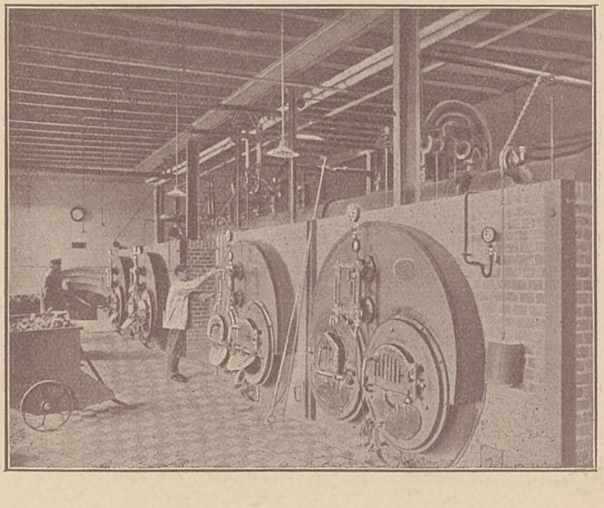
Wznosi się w parku męskim i pomieści 60 m³ lodu.

VI. KRĘGIELNIA.

Zamknięta i ogrzewana położona jest w parku męskim.

VII i VIII MIESZKANIA DLA OGRODOWEGO i II. ODDŹWIERNEGO

Położone przy wejściu bocznem po obu stronach drogi prowadzącej na folwark.



Ryc. 20.



Ryc. 21.

XI. CENTRALNE OGRZEWANIE.

Ogrzewanie Centralne (na oddziałach zamkniętych) odbywa się częściowo za pomocą pary, częściowo za pomocą ciepłego powietrza; oba systemy mogą funkcjonować osobno lub razem. Pawilony dla spokojnych, pracujących i niespokojnych ogrzewa się ciepłem powietrzem. Wentylacja jest podwójna.



Ryc. 22.



Ryc. 23

W „zamkniętym“ zakładzie każda sala ma otwory do przewietrzania letniego resp. zimowego; albo wentylacja jest połączona z ogrzewaniem centralnem, którem doprowadza się poprzednio ogrzane, świeże powietrze. Pawilony dla chorób zakaźnych posiadają wentylację urządzoną na szczycie dachu.

X. TELEFONY.

Wszystkie budynki i ubikacje służbowe mają połączenie telefoniczne między sobą za pośrednictwem centrali umieszczonej w pokoju służbowym I. oddźwiernego; istnieje również połączenie telefoniczne pozamiejscowe. Wszystkie gmachy są zaopatrzone w piorunochrony.

XI. WODA.

Pięć studni o zapędzie elektrycznym doprowadza do rezerwoarów wodę z warstwy piaszczystej 10 m grubej, która znajduje się 35—45 m pod powierzchnią ziemi. Warstwa zawierająca wodę położona jest głęboko pod dnem jeziora Jelonek, z którem nie ma połączenia. Jezioro, nie zbyt głębokie, zajmuje nizinę między terenem Dziekanki a wzgórzem, na którem leży Gniezno (Ryc 21). Wydajność studni wynosi obecnie około 32 cbm na godzinę. Elektromotory podnoszą wodę na wieżę, z której wodociągami doprowadzana bywa do wszystkich domów. Chemiczne i fizykalne badania wody dały wyniki pomyślne. Badanie bakterjologiczne było zbyteczne ze względu na wielką głębokość (ca 40 m), z której woda pochodzi.

XII. KANALIZACJA.

Wszystkie domy mają klozety z automatycznem płukaniem. Płynne odpadki usuwa się drogą kanalizacji. Odpływy gromadzą się w basenie murowanym cementem i zasklepionym, wylewają się przy pomocy pomp na pola irygacyjne (ca 20 mórg).



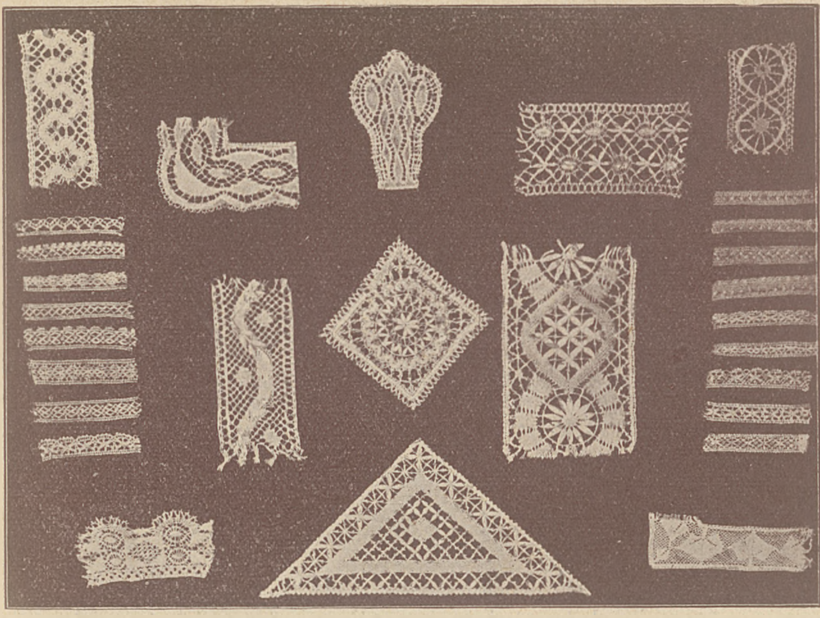
Ryc. 24

XIII. ODŻYWIANIE.

Chorzy III. klasy otrzymują rano pół litra kawy z mlekiem, do tego 1 bułkę, na obiad 3 razy na tydzień mięso, ziemniaki i jarzynę i t. d., w dni bezmięsne okrasę, w piątki potrawy postne. Na kolację podaje się zupę, pozatem mężczyznom 350 gr., kobietom 250 gr chleba. Drugie śniadanie i podwieczorek podaje się na życzenie, pacjentom pracującym bezpłatnie. Djeta dla gorączkujących i dla rekonwalescentów, dodatki zapisane przez lekarza, są bezpłatne. Pożywienie I i II klasy jest lepsze co do formy, obfite i urozmaicone. Dzienne koszty utrzymania wynoszą dla I klasy 5—7 zł, dla II klasy 3,50 zł.



Ryc. 25.

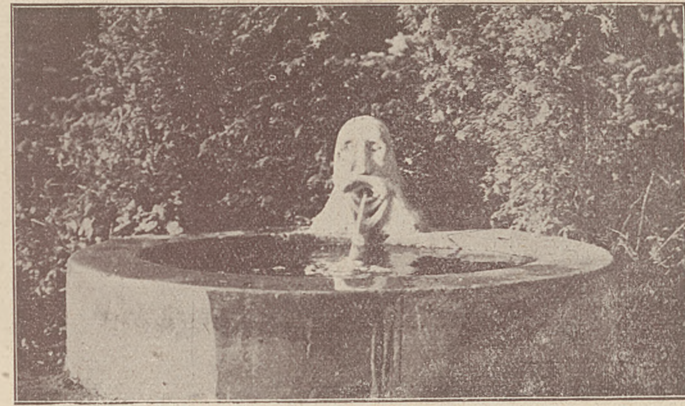


Ryc. 26

dla opłacających III kl. 2,50 zł, dla pacjentów ubogich i kasowych 1,75 zł. Osoby pochodzące z poza Województwa Poznańskiego dopłacają 20 proc. do powyższych kwot.



Ryc. 27



Ryc. 28

XIV. PERSONAŁ

Na czele Instytucji stoi Dyrektor, który jest naczelnym lekarzem i kierownikiem administracji Zakładu Oprócz dyrektora etat przewiduje 2 lekarzy prymarjuszy, 2 lekarzy-ordynatorów i 2 lekarzy-asystentów, 182 urzędników i funkcjonarjuszy zakładowych oraz służby folwarcznej Dla praktykantów medycyny wyznaczone są 4 miejsca Personał pielęgniarski przyjmuje się do służby po starannym wyborze. Młodzi kandydaci i kandydatki do zawodu pielęgniarskiego pobierają naukę pielęgniarstwa psychjatrycznego w kursach o 2-rocznym programie wykładanych przez lekarzy zakładowych

XV. GŁÓWNA ZASADA LECZNICTWA PSYCHJATRYCZNEGO.

Główną zasadą lecznictwa psychjatrycznego w Dziekance jest utrzymanie chorego na możliwie wysokim poziomie socjalnym za pomocą odpowiedniego zajęcia i wychowania. To też 95 % pacjentów jest zatrudnionych różnemi robotami; latem spotyka ich się w licznych gromadach zatrudnionych na roli (Ryc. 21, 22, 23), w ogrodach (Ryc. 24), w parkach, na placach pilnie i spokojnie pracujących Zimą zatrudnia się chorych więcej w warsztatach i pracowniach. (Ryc 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31).



Ryc. 29



Ryc. 30

XVI. WARUNKI PRZYJMOWANIA CHORYCH DO ZAKŁADU

Chorych przyjmuje się do zakładu na następujących warunkach.

1. Świadectwo lekarza urzędowego, zwykle lekarza powiatowego, który poświadczył, że pacjent jest psychicznie chory i potrzebuje koniecznie opieki zakładowej.

2. Zobowiązanie osoby prawnie upoważnionej do zawierania umów obowiązujących, że będzie ponosić wszelkie zwyczajne i nadzwyczajne koszty utrzymania i leczenia chorego w zakładzie; podpis winien być zatwierdzony przez urząd kompetentny (starostwo powiatowe, magistrat, urząd policyjny).

3. Wywiad urzędowy o stanie majątkowym pacjenta oraz osoby wymienionej pod liczbą 2, wystawiony przez kompetentne starostwo powiatowe, magistrat, urząd policyjny.

Kompetentny jest urząd, jeżeli



Ryc. 31



Ryc. 32, footbal

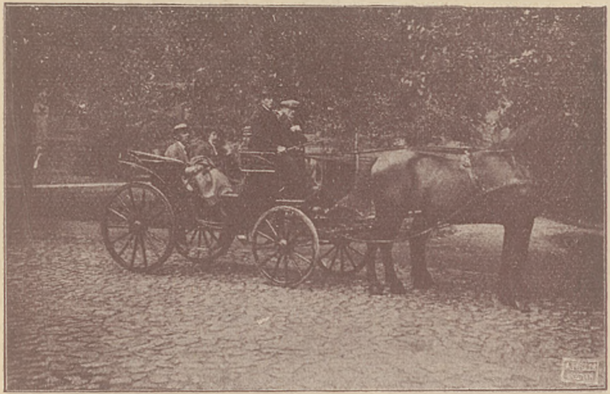
w jego obrębie chory ostatnio zamieszkiwał wzgl. przebywał.

Załączniki pod lit. 2—3 winny być sporządzone na formularzach przepisanych przez Poznańskiego Starostę Krajowego. Piśmienne zezwolenie Poznańskiego Starosty Krajowego na przyjęcie chorego przedkłada się Dyrekcji Zakładu przy zgło–



Ryc. 33. Pacj. przy grze w piłkę nożną.

szeniu chorego. Wskazane jest poprzednie uwiadomienie zakładu o dniu i godzinie przybycia pacjenta.



Ryc. 34

Zakład przyjmuje chorych w dni powszednie w godzinach urzędowych od 8 rano do 7 wieczorem. W wyjątkowym i nagłym wypadku, gdy groźny stan chorego wymaga natychmiastowej opieki zakładowej, przyjęcie może nastąpić każdej chwili bez poprzedniego zezwolenia Starosty Krajowego, na podstawie odpowiedniego świadectwa lekarskiego.

W każdym razie choremu powinna towarzyszyć osoba mająca upoważnienie do zawierania umów obowiązujących, a więc mężowi żona, żonie mąż, dzieciom rodzice wzgl opiekun, rodzicom pełnoletnie dzieci albo prawnie upoważniony zastępca.

W razie ubóstwa chorego, należy przedłożyć oprócz świadectwa lekarskiego, przynajmniej piśmienne poświadczenie gminy, z której pacjent pochodzi wzgl odnośnego magistratu, starostwa powiatowego, kasy chorych lub innej instytucji zobowiązanej do świadczeń za chorego, że przyjmuje na siebie koszty kuracji.

II. POWSTANIE I ROZWÓJ ZAKŁADU,

A.

Dnia 17. czerwca 1890 r. Starosta Krajowy w Poznaniu (ówczesny Landeshauptmann) nabył 116,731 hektarowy majątek Dziekanka pod Gnieznem za 186 700 mk. na własność „prowincji“ poznańskiej celem wystawienia na tym terenie zakładu psychjatrycznego.

1893. W październiku 1891 r. rozpoczęła się budowa zakładu; przy końcu 1893 r. gmachy już były pokryte, tak że z początkiem roku 1894 można było przejść do urządzeń wewnętrznych (drzwi, okna, wodociągi, ogrzewanie itd.), które postępowały szybko; we wrześniu i październiku 1894 r. w budynkach głównych i w niektórych pawilonach przeznaczonych dla chorych poustawiano meble i rozdzielono bieliznę itd. Budowa zakładu kosztowała około 3 miljonów marek.

Z pierwszym transportem chorych przybyło 25 pacjentów z Owińsk, niebawem nastąpiły dalsze transporty; przyjmowano także chorych z po-



Ryc. 35

wiatów; w dniu 31. marca 1895 r. czyli w dniu zamknięcia pierwszego roku obrachunkowego znajdowało się w Dziekance 242 pacjentów; w tej liczbie 223 chorych pochodziło z Owińsk.

Zakład był początkowo przeznaczony dla potrzeb obwodu (Regierungsbezirk) bydgoskiego i dla kilku powiatów obwodu poznańskiego: Września, Jarocin, Pleszew, Ostrów, Ostrzeszów, Kępno, Odalanów.

1894. W jesieni 1894 r. założono ogrody i parki; roboty ogrodowe ukończono w większej części w ciągu roku 1895.

1895. Na wiosnę 1895 r. zbudowano kilka szop, potrzebnych dla celów gospodarczych, zakupiono dom mieszkalny przy szosie poznańskiej dla żonatych urzędników i ukończono budowę kaplicy z dwoma ołtarzami; ołtarz znajdujący się po prawej stronie nawy przeznaczony jest dla katolików, drugi dla ewangielików. Pierwotnie nabożeństwa odbywały się w świetlicy zakładu wzgl. w sali wykładowej.

Z powodu znacznej odległości cmentarzy gnieźnieńskich od zakładu, pogrzeb był drogi, dlatego założono własny cmentarz w zagłębieniu położonem przy drodze do Dalek, a niewidocznem dla mieszkańców Dziekanki. Ziemia zawierająca piasek z gliną, odpowiadała przepisom ustawowym, to też z łatwością otrzymano pozwolenie władz na założenie cmentarza, który podzielono na dwie części: dla katolików i ewangielików. Umarłych wyznania moqżeszowego chowa się na cmentarzu żydowskim gnieźnieńskim. Poświęcenie cmentarza zakładowego nastąpiło na początku 1896 r. przez kapellana katolickiego i pastora ewangielickiego.

1896. W tym roku zaprowadzono dla pielęgniarzy kursy dokształcające pod kierownictwem lekarzy zakładowych.

Dla pacjentów zajętych na folwarku i na polach irygacyjnych dźwignięto parterowy pawilon zawierający sypialnię, bawialnię i dwa pokoje i zbudowano na terenie folwarku dom mieszkalny dla 4 rodzin robotniczych, który później rozbudowano dla 6 rodzin.

Z powodu podatku gminnego od uboju rogacizny, nierogacizny i drobiu w Gnieźnie, zakład biorąc mięso od dostawców gnieźnieńskich, płacił znaczną daninę miastu. Reklamacje w tej sprawie nie odniosły skutku. Dla tego poczęto bić w zakładzie bydło z własnego filwarku Dziekanka. Próba wypadła zadawalniająco, a wskutek powiększenia ilości bydła i tuczników, dla których odpadki z kuchni stanowią bardzo dobre



Ryc. 36

pożywienie, można było wkrótce pokryć całe zapotrzebowanie mięsa i wyrobów. To też zaniechano sprowadzania towaru z Gniezna. Wozownię zamieniono na rzeźnię. Mięso stąd przewożono dla dalszego wyrobu do zakładu. Nabyty tym sposobem towar mięsny był lepszy i tańszy. Mięso przechowywano w lodowni urządzonej naprzeciwko kuchni. Lód bierze się z okolicznych stawów.

W chwili otwarcia zakładu nie wszyscy rzemieślnicy i pielęgniarze byli żonaci, to też zmiany w personale były częste i wynosiły w pierwszych latach 100%. Ażeby tym niedogodnym stosunkom zaradzić, wybudowano w r. 1896 dla pielęgniarzy żonatych dwupiętrowy dom mieszkalny, zawierający pomieszkanie dla 12 rodzin i oddano go w roku 1897 do użytku.

1897. Prócz kilku pawilonów dla spokojnych pacjentów, wszystkie inne budynki szpitalne miały okna zakratowane. Ponieważ kraty u okien

robiły na chorych przygnębiające wrażenie jak też na zwiedzających zakład, przeto usunięto je z pawilonów przeznaczonych dla spokojnych chorych, ale pozostawiono je w oknach pawilonów dla niespokojnych chorych.

W planie budowy przewidziano początkowo miejsc	600
+ 2 pawilony dla zakaźnych a 14 łóżek	28
+ dom dla pacjentów zajętych na polach irygacyjnych	12
razem:	640

1898. Już w r. 1897 liczba chorych wynosiła 600 i można było się spodziewać dalszego napływu pacjentów. Ażeby zapobiedz przepełnieniu, zniesiono w domach dla fizycznie ułomn. po 2 separatki, przedsionek i kuchenkę, wyjęto ściany i urządzono sypialnię dla 10 chorych i pokój dla lekarza. Tym sposobem przybyło 2×10 = 20 nowych miejsc. Celem przygotowania dalszych miejsc ustawiono w pawilonach przeznaczonych dla pacjentów spokojnych po 2×12, dla niespokojnych po 10 i dla półspokojnych po 5 łóżek, a w pensjonatach I-szej i II-giej klasy na piętrach 33 łóżka dla III-ciej. W ten sposób otrzymano 97 miejsc.

Z powodu powiększenia zakładu odnowiono i powiększono z wielkim nakładem kosztów baterje akumulatorowe.

1900. W miarę zwiększania się ilości chorych rosło także zapotrzebowanie wody. Istniejące pompy nie wystarczyły, zwł., że jedna się zepsuła. Dla tego wywiercono nową pompę w pobliżu III-go pawilonu dla niewiast w głębokości 36 mtr. Poprzednio wykończono pompę przy pawilonie VIII dla kobiet, której zakładanie rozpoczęto przy budowie zakładu. Teraz pokryto ją dachem i zaopatrzono zapędem elektrycznym; pompy te na razie zupełnie wystarczały.

Przez dokupienie 122½ morgi ziemi ornej od sąsiedniego folwarku Dalki powiększył się obszar Dziekanki do 155 ha. 75 ar. 28 mkw.

Na wystawie owoców i warzyw w jesieni roku 1900, urządzonej przez miasto i powiat gnieźnieński, zakład otrzymał srebrny medal.

1901. Dyżury personalu na oddziałach zmieniały się codzień. Ten sposób służby wykazywał pewne niedogodności, dla tego zaprowadzono służbę stałą. Miało to ten wynik dodatni, że chorzy przyzwyczajali się do personalu, pielęgniarze poznawali lepiej pacjentów.

Z powodu przepełnienia przekazano 30 chorych do zakładu w Kościanie. W Dziekance pozostało 683 chorych; w następnym roku liczba wzrosła do 706.

1902. W 1902 roku należało odnowić dachy na wszystkich prawie pawilonach, co spowodowało znaczne wydatki dla prowincji. Winę ponosił budowniczy, który użył zły materjał i wogóle źle wykonał prace. Wykazało się to przy zdejmowaniu dachów; przykryte przez innego budowniczego dachy trzech pawilonów sąsiednich prócz małych nieszczelności były zupełnie dobre. Szkodliwe podobno przebicia dachów, dokonane przy zakładaniu telefonów, piorunochronów itd., później niedostatecznie pokryte.

1903. Dotychczas zakład uniknął poważniejszych epidemji. Jednakże w lutym r. 1903 wybuchnęła epidemja tyfusu, która dopiero w maju wygasała. Zachorowały ogółem 23 osoby, przeważnie z personalu; 3 chorych umarło (w tem 1 pacj.) Poszukiwania za źródłem zarazy doprowadziły do Gniezna, gdzie zachorzenia na dur były dość liczne. Przy tej sposobności, przez urzędników wydziału zdrowia bardzo skrupulatnie przeprowadzone badania w zakładzie wykazały korzystne warunki higjeniczne. Po wyzdrowieniu chorych bardzo dokładnie krew i ekskrementa każdej osoby jeszcze przez dłuższy okres czasu; roznosicieli laseczników usunięto przez zwolnienie ze służby personalu podejrzanego i przez umieszczenie pacjentów zakładowych w barakach dla osób zakaźnych. W tym roku zaprowadzono umundurowanie personalu pielęgniarskiego i gospodarczego.

Klozety z automatycznem płukaniem często nie funkcjonowały, bądź to wskutek zatkania się rury odlewnej, bądź to wskutek niezbyt szczelnego zamykania się wentylów; z tego powodu woda płynęła bez przerwy. Niepotrzebne ubywanie wody i prawie stałe zajęcie rzemieślników naprawami urządzeń klozetowych powodowały znaczne koszty. Dla tego przystąpiono do przebudowy ustępów; zaprowadzono system „Tornado". Liczba chorych dosięgała cyfry 769; 109 pacjentów przekraczało etat. Przepełnienie to sprawiało duże trudności dla zakładu.

1904. Z powodu przepełnienia zakładu (802 chorych) przewieziono 100 pacjentów do nowo wybudowanego zakładu w Obrawalde.

W celach odżelaźnienia ciepłej wody włączono filtry do kotłów dla gorącej wody.

1905. W części środkowej domu mieszkalnego dla lekarzy-prymarjuszy nadbudowano piętro i osiągnięto tym sposobem powiększenie każdego mieszkania o 2 pokoje.

1906. Zabiegi w celach zaprowadzenia opieki rodzinnej dla chorych, nie potrzebujących koniecznie kuracji w zakładzie, natrafiały na duże trudności. Okoliczni gospodarze bowiem nie chcieli przyjmować w rodzinną opiekę rekonwalescentów po ostrych psychozach albo chroników, a miasto Gniezno ze względu na warunki miejskie nie było odpowiedniem miejscem dla opieki rodzinnej. Ponieważ stała się aktualną budowa domów mieszkalnych dla pielęgniarzy żonatych, więc połączono kwestję opieki rodzinnej ze sprawą budowy domów mieszkalnych dla pielęgniarzy. Postawiono 3 domy i przeznaczono w każdym budynku jeden pokoik dla pacjentów. Pierwszy dom oddano do użytku zimą 1907 r.

1907. Więźniów, którzy zachorowali na psychozę w więzieniu, oddano do zakładu w Obrawalde, gdzie znajduje się osobny i odpowiednio skonstruowany pawilon dla chorych przestępców.

W pawilonach dla niespokojnych chorych wyjęto ściany pomiędzy środkowemi izolatkami i urządzono z nich salę dla obłożnie chorych; tym sposobem przybyło miejsca dla chorych.

Ażeby mieć stale kwiaty w pawilonach, postawiono cieplarnię dla kwiatów.

Dla pralni zakładowej zakupiono magiel najnowszego systemu. Przewody dla ciepłej wody, które po większej części składały się z rur ołowianych wymagających często naprawy, zastąpiono rurami żelaznemi z powłokę cynkową; pozatem urządzono w ustępach dla mężczyzn spłukiwania posadzki.

Ubikacji ubocznych, jak kuchni, kąpieli, sieni itp. nie można było dostatecznie ogrzać z powodu pojedyńczych okien. O ile budżet na to pozwalał, wstawiano stopniowo podwójne okna wykonane w stolarni zakładowej.

Ze względów praktycznych nie wysyłano w tym roku do władzy centralnej rachunków do rewizji, ponieważ co kwartał przyjeżdżał delegowany urzędnik krajowy na rewizję rachunkowości zakładu, a w końcowej rewizji uskuteczniał ostateczną kontrolę rachunków. Tym sposobem różne formalności, rekursy i podobne pisma stały się zbyteczne; pozatem urzędnik administracji centralnej mógł poznać bliżej i ocenić życie wewnętrzne zakładu.

1908. Ilość chorych w roku 1908 wynosiła 722. Wobec braku kandydatów na psychjatrów niektóre posady lekarskie były wolne; zamiast 2 lekarzy asystentów pracował tylko jeden asystent i to przejściowo.

1909. W tym roku ukończono budowę drugiego domu pielęgniarskiego i rozpoczęto budowę trzeciego, którą ukończono w r. 1909. Pielęgniarzom zamieszkującym nowe domy oddano 12 pacjentów w opiekę rodzinną, każdemu pielęgniarzowi po 2 chorych. Instytucja opieki rodzinnej okazała się dla pacjentów korzystną, dla zakładu była mniej racjonalną, bo zmniejszała szczuplą już ilość pacjentów pracujących.

Przewiezienie 53 chorych do zakładu w Obrawalde zmniejszyło coprawda ogólną liczbę pacjentów w Dziekance, ale nie przyniosło ulgi dla zakładu, bo ubyli tylko chorzy spokojni; pawilony dla spokojnych chorych tym sposobem opustoszały, natomiast pawilony dla niespokojnych, niedołężnych, dla nowoprzyjętych nadal były przepełnione i zakład musiał odmawiać przyjęcia nowych chorych. Domy dla epileptyków urządzone podobnie jak pawilony dla półspokojnych z tą tylko różnicą, że ogród okolony był murem, trzeba było przerobić na oddziały dla niespokojnych chorych, a w pawilonach dla półspokojnych urządzono oddziały dla obłożnie chorych.

Na kursach dokształcających dla lekarzy urządzonych w tym roku w Akademji Poznańskiej Dyrektor Zakładu miewał wykłady połączone z demonstracjami pacjentów, których przewożono na ten cel do Poznania.

W listopadzie r. 1909 uczęszczali na wykłady psychjatryczne w zakładzie klerycy i profesorowie seminarjum gnieźnieńskiego. Wykłady i demonstracje te odbywały się okresowo. Ażeby zaradzić brakowi lekarzy, w miejsce lekarzy asystentów przyjęto praktykantów.

W kuchni pokryto ściany do wysokości 2 mtr. białymi kaflami porcelanowymi, wprowadzono coroczną rewizję urządzeń technicznych i maszynowych przez inżynierów fachowców z Towarzystwa dozoru nad kotłami parowymi.

W miejsce żarówek węglowych, po przeprowadzeniu prób, które dały pomyślne wyniki, zakupiono żarówki metalowe, ponieważ takowe zużywały mniej prądu. Dla tych żarówek trzeba było przerobić całą instalację, co narazie spowodowało znaczne wydatki.

Na folwarku, w izbie obok stajni, z powodu wadliwie postawionego komina, wybuchł pożar, który zagrażał stajni i spichlerzowi. Niezwłoczna pomoc zakładowej straży ogniowej mimo niedostatecznej wody usunęła niebezpieczeństwo.

W tym roku Sejmik prowincjonalny uchwalił, że urzędnicy i rzemieślnicy po 10-letniej nienagannej służbie mogą być ustaleni z prawem do emerytury. Prawo to już poprzednio otrzymał personał pielęgniarski.

1910. W roku 1910 ukończono budowę willi dla lekarzy ordynatorów. Celem przeprowadzenia ściślejszego dozoru w zakładzie zbudowano przy bocznem wejściu naprzeciw mieszkania ogrodowego domek dla II. odźwiernego i przeniesiono tam warsztat szewski; szewc podczas zajęcia swego mógł uważać na bramę.

W pawilonach dla niespokojnych wyjęto ściany pomiędzy trzema pokoj. i urządz. salę dzienną. Pozatem wstawiono szamotowe wanny do kąpieli prolongowanych. Wskutek zużycia się maszyn parowych zakup przynajmniej jednej nowej był konieczny. Z powodu powiększenia zakładu i większego zapotrzebowania prądu elektrycznego sprowadzono maszynę o 130 S. K. (dotychczasowa maszyna posiadała siłę 60 S. K.) i dynamo o stałej wydajności 64 kilowaty (poprzednie dynamo wydawało tylko 42 kilowaty). Maszyna jest doskonała, bo mimo codziennego użytkowania nie potrzebowała dotychczas żadnej znaczniejszej naprawy.

1911. Pola położone w pobliżu toru kolejowego były nadmiernie wilgotne; zdrenowano je według zasad techniki.

Ponieważ między trzodą chlewną zakupywaną u handlarzy często wybuchały choroby zakaźne, zaprowadzono własną hodowlę wieprzy. W tym celu zamieniono rzeźnię i wozownię na chlewy, a rzeźnię przeniesiono do budynku dla sikawek pożarowych.

Urządzenie kuchenne uzupełniono kotłem parowym do gotowania mleka; urządzono także nową pralnię parową.

Do zajęć kobiecych wprowadzono na oddziałach żeńskich koronkarstwo.

W lecie 1911 r. pojawił się tyfus. Natychmiastowa izolacja chorych i gruntowna desinfekcja ubikacji miała ten skutek, że epidemja nie rozszerzyła się; wszelako trzy osoby umarły na tyfus. Po zniesieniu kwarantanny pojawiły się nowe wypadki tyfusu na oddziałach dla niespokojnych; jako roznosiciela choroby rozpoznano matołka przybyłego z Rosji. Wobec tego zamknięto zakład dla przyjęć mężczyzn aż do czasu wygaśnięcia epidemji (w kwietniu 1912 r.) Ogółem chorowało na tyfus 13 osób.

1912. Liczba chorych przekraczała cyfrę 700. Ażeby umożliwić przyjmowanie chorych w dalszym ciągu, przekazano 20 pacjentów do zakładu Branitz na Śląsku.

W ciągu zimy odbywały się w Dziekance kursy psychjatryczne z demonstracjami chorych dla prawników gnieźnieńskiego sądu powiatowego i okręgowego.

Warsztaty tkackie powiększono; dla braku miejsca przeniesiono je do suterenów w IV pawilonie dla mężczyzn. Rozszerzono także pracownię koronkarstwa.

Baterje akumulatorowe z powodu zużycia musiały być zupełnie odnowione.

W kuchni nastąpił wybuch miedzianego kotła parowego. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności poważne szkody nie powstały. Przy badaniu gruzów okazało się, że wewnętrzne ściany kotła wskutek długoletniego szorowania stały się tak cienkie, że nie wytrzymały naporu pary. Ponieważ stwierdzono tę wadę także w kotle drugim, przeto usunięto oba kotły, zastępując je nowymi z blachy niklowej.

W kuchniach do umywania statków wymieniono drewniane i cynkowe wanienki na żelazne emaljowane z dopływem wody zimnej i ciepłej i z odpływem. Piece, które niedostatecznie ogrzewały kuchenki, zastąpiono piecami z większą powierzchnią ogrzewalną.

Ponieważ pola irygacyjne nie otrzymywały równomiernie i w dostatecznej ilości odpływów, które płynęły zwykłemi bróździami, przeto wyłożono główne kanały cementem; robotę tę z powodu niedostatecznych funduszów rozłożono na kilka lat.

W tym roku cmentarz zakładowy musiał być powiększony.

W lecie 1912 r. pojawił się znowu tyfus (8 wypadków) z zejściem śmiertelnem w jednym przypadku. Jako pierwsza zachorowała pielęgniarka, która przyniosła chorobę z Gniezna, gdzie tyfus występował okresowo. Także dwie rodziny pielęgniarskie zostały nawiedzione chorobą. Natychmiastowa izolacja chorych i skropulatne stosowanie wszystkich możliwych środków zaradczych wstrzymały rozszerzenie się choroby.

1913. W roku tym zbudowano trzy dwumieszkaniowe domy obszerniejsze aniżeli poprzednie, z obszerniejszą kuchnią, z dwoma pokojami na parterze, z pokojem dla pacjentów i dla członków rodziny na piętrze. Tym sposobem powstały wygodne i zdrowe mieszkania dla sześciu rodzin pielęgniarskich. Pozatem wybudowano większy dom dla trzech rodzin urzędniczych (nadpielęgniarza, maszynisty i ogrodnika). Obok postawiono pralnię i łaźnię dla pielęgniarzy. Rozszerzono tkalnię, ponieważ coraz więcej chorych zgłaszało się do tej pracy. Liczba kołowrotków wzrosła do 10. Sprowadzono także mały kołowrotek dla wyrobu wstążeczek i dwa kołowrotki dla słabszych osób, na których przerabiano nieużyteczne szmatki na płaty do szorowania. Wyroby tkalni pokrywały zapotrzebowanie na firanki, pościele, ręczniki; pozostałe zapasy magazynowano tak, że starczyły na lata wojny. Koszta wyrobów kalkulowały się nie wiele taniej od rynkowych towarów, ale zato wyroby były lepsze i trwalsze. Dla braku miejsca przeniesiono rozszerzoną pracownię koronkarstwa do suteren pawilonu IV dla kobiet. Koronki sprze-

dawano do składów i osobom prywatnym. Tablicę modeli koronkowych powiększono z 60 na 100 wzorów. Zakłady w Kocborowie i Świeciu przysłały do Dziekanki swoich pielęgniarzy i pielęgniarki na naukę tkactwa i klockowania.

W pralni zamieniono starą maszynę do prania na inną najnowszego systemu; w pensjonatach ulepszono ogrzewanie.

1914. W lutym 1914 r. na oddziale dla niespokojnych kobiet pojawił się tyfus. Źródła pochodzenia choroby nie wykryto. Dalszych zachorzeń nie było. Dopiero w czerwcu znowu zachorowały na tyfus dwie pacjentki; kilkakrotne badania stolca i krwi wszystkich chorych i personalu wykazały, że roznosicielką zarazy znowu była pielęgniarka, pozatem kucharka; obie kobiety zwolniono ze służby. Pacjentkę z objawami podobnymi do tyfusowych przeprowadzono na stałe do pawilonu dla chorych zakaźnych.

W kuchni usunięto 3 stare kotły miedziane i ustawiono kotły z czystego niklu i maszynę do gotowania kawy.

W pawilonach dla pacjentów pracujących naprawiono i częściowo przebudowano werandy.

Z dniem wybuchu wojny powołano pod broń lekarzy, pielęgniarzy i urzędników. Powstał dotkliwy brak personalu sanitarnego i administracyjnego. Na cele wojskowe trzeba było oddać na razie 60 łóżek na oddziałach męskich. We wrześniu przybyli pierwsi ranni — później na oddziale wojskowym przebywali tylko żołnierze chorzy nerwowo i psychicznie. Leczenia podjęli się pozostali lekarze zakładowi.

1915. Wprowadzenie kartek na chleb ujemnie wpłynęło na odżywianie chorych. Ogólna drożyzna znacznie powiększyła koszta utrzymania. Atoli zapasy nagromadzone w dawniejszych czasach pozwoliły odżywiać chorych jeszcze w dostatecznej mierze. W celu wykorzystania każdego kawałka terenu oddano część parku i miejsce do suszenia bielizny pod uprawę rolną.

Do odpływów w kuchni włączono aparat do odtłuszczania wylewów; w ten sposób zebrane tłuszcze sprzedawano fabrykom chemicznym na bardzo korzystnych warunkach.

Ogrzewanie centralne wykazało różne braki i nie rentowało się. Odnowienie i uzupełnienie instalacji z powodu wojny, nie dały się uskutecznić.

Z powodu rekwizycji przedmiotów mosiężnych trzeba było wydać naczynia kuchenne jak kotły, dzbanki itp. Zastąpiono te rzeczy sprzętami z lanego żelaza pokrytego emalją albo z blachy cynkowej. Zakup tych przedmiotów spowodował znaczne wydatki. Należy także wziąć pod uwagę ten szczegół, że sprzęty nowo nabyte nie były tak trwałe jak rekwirowane.

1916. Z powodu ogólnej drożyzny i braku żywności wzmogła się śmiertelność do 19 %, albowiem nie było czem karmić osób fizycznie słabych, chorych, wycieńczonych, które tylko dietą — mlekiem, mięsem, kakao — można utrzymać przy siłach.

W maju 1916 r. zachorowała pielęgniarka na tyfus i po niej 2 pacjentki znajdujące się w tym samym pawilonie.

W pralni urządzono elektryczną wytwornię ługu bielącego, który okazał się dobrym namiastkiem mydła i nie niszczył bielizny.

Tkalnię trzeba było zwinąć dla braku surowca. Lepiej stała sprawa klockowania, bo zakład posiadał dostateczne zapasy nici; ilość pacjentek zmniejszyła się wskutek śmierci i wskutek zwolnień z zakładu.

1917. Brak żywności i opału zmuszał do najdalej posuniętych ograniczeń. Z tego powodu odżywianie było niedostateczne. Na oddziałach panowało dokuczliwe zimno. To też śmiertelność wzmogła się w zastraszającej mierze; cmentarz zakładowy musiał być ponownie rozszerzony. Odsetka śmiertelności w tym roku doszła do 31,8%. Była to największa śmiertelność w Dziekance.

Władze wojskowe zarekwirowały cenne kuchenne urządzenia z niklu. Zastąpiono je aparatami żelaznymi, które okazały się nieekonomicznymi, bo trudno się rozgrzewały i potrzebowały więcej pary. Prócz poniklowanych kotłów zabrano aluminjowe talerze, garnki, miski itp. W miejsce zabranych przedmiotów sprowadzono sprzęty emaljowane. W kaplicy zakładowej zdjęto z organów cynkowe piszczałki.

Z powodu drożyzny chorym w tym roku nie urządzono gwiazdki.

Pola irygacyjne były przesycone i dla tego mało wydajne. Instytut dla ochrony roślin w Bydgoszczy polecił dodać wapna albo przeprowadzić płodozmian. Wobec tego nie stosowano irygacji przez dłuższy czas, lecz zasiano zboże. Pola irygacyjne przełożono na grunta sąsiednie.

1918. Na ptrzeby wojska przeznaczono trzy pawilony, w których poprzednio przebywali pacjenci pracownicy. W tych pawilonach rozmieszczono żołnierzy cierpiących na choroby nerwowe i psychiczne. Ponieważ lazaret wojskowy z każdym dniem się powiększał, okazała się potrzeba przygotowania dalszych ubikacji szpitalnych. Wobec tego oddano jeszcze jeden pawilon do dyspozycji wojska. Było to możliwem, ponieważ zmalała liczba chorych cywilnych. Ilość żołnierzy chorych leczonych na oddziale wojskowym w Dziekance w końcu roku 1918 wyrażała się cyfrą 217.

Po zawieszeniu broni w dniu 11. 11. 1918 r. wnet się wypróżnił lazaret wojskowy; pozostało tylko niewiele żołnierzy ciężko przychicznie chorych i cierpiących na nerwy.

Personal pielęgniarski powoli wracał z wojny.

Dostawa węgli była nieregularna, w kańcu ustała zupełnie; to też od połowy lutego 1918 r. centralne ogrzewanie nie było czynne. Kotły opalane drzewem dostarczały pary zaledwo na potrzeby kuchenne, dla maszyn, pralni i oświetlenia.

1919. Podwyższenie porcji chleba i ziemniaków poprawiło znacznie stan odżywienia pacjentów; śmiertelność zmniejszyła się; ale zato ceny podnosiły się coraz więcej, powodując podwyższenie kosztów utrzymania chorych.

W ciągu roku 1919 zarząd Dziekanki objęli urzędnicy polscy, przejmując w spadku noworodka urodzonego z pacjentki, która zaszła w ciążę w zakładzie i nie umiała podać, kto był ojcem dziecka. Słabowite niemowlę żyło tylko kilka miesięcy.

Od tego czasu upłynęło przeszło pięć lat. Temu okresowi poświęcony jest następujący rozdział niniejszej kroniki.

B.

Oddział wojskowy oddany do dyspozycji polskich władz wojskowych zapełnił się w krótkim czasie znowu chorymi żołnierzami, atoli tym razem polskimi.

Z dniem 31. marca 1919 r. Dyrektor „Geheimrat" Dr. med. Kayser przeszedł w stan spoczynku. Zastępstwo dyrektora objął prymarjusz Dr. med. O. von Domarus.

W dniu 1 lipca 1919 r. Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski z Berlina został powołany na dyrektora i naczelnego lekarza Zakładu.

STAN OSOBOWY. Przeciętna ilość dzienna pacjentów (wyłącznie żołnierzy) i ogólna liczba lekarzy, urzędników i funkcjonarjuszy w Dziekance przedstawiała się w następujący sposób.

W ROKU	1919	1920	1921	1922	1923	1924
Przeciętna dzienna liczba pacj.	573	565	626	599	589	582
Ogólna liczba personału zakładowego bez robotn. folwarczn.	133	123	127	113	126	129

Według budżetu na rok 1924 personał Zakładu (folwark włącznie) miał wynosić 189 osób; w rzeczywistości liczył 141 osób; zatem 48 osób mniej (bez rob. folw. 129).

W administracji zatrudnionych było w każdym roku 1 inspektor, 1 sekretarz, 1 rendant, 1 klucznik, 4 pomocników biurowych i 1 uczeń biurowy.

Personał lekarski nie osiągnął dotąd jeszcze pełnego stanu osobowego z powodu braku odpowiednich kandydatów. Dziekanka oddała swoich lekarzy, przeważnie na stanowiska kierownicze do inn. zakładów (Kocborów — Dr. Kryzan, Owińska — Dr. Wietrzyński, Rybnik — M. Wiendlocha, Kościan — Dr. de Beaurain jako zastępca dyrektora i Dr. Małecki jako asystent). Przy przeciętnym stanie chorych określonym w przytoczonym powyżej zestawieniu prócz dyrektora nieraz było lekarzy tylko 2—3, tak że na jednego lekarza przypadało przeszło 200 chorych. To też działalność lekarzy często musiała się ograniczać do najniezbędniejszych czynności.

Oprócz dyrektora obowiązki lekarskie w Dziekance pełnili i pełnią panowie:

1 Prymarjusz Dr. med. Oton von Domarus,

2) Ordynator Dr. med. Fr. Hoegg, (obaj wyprowadzili się w końcu marca 1920 do Niemiec).

3) Prymarjusz Dr. med. St. Kryzan, (od 1. 8. 1919 r. do 31. 3. 20. d. 1. 4. 1920 r. Dr. Kryzan objął stanowisko dyrektora w Kocborowie).
4) Lekarz Brunon Taberski (od 1. 8. 19 do 5. 3. 21).
5) Lekarz-asystent Dr. med. Jan Wietrzyński (od 18. 5. do 20. 8. 1920, objął kierownictwo zakładu w Owińskach).
6) Prymarjusz Dr. A. Falkowski, (od 24. 4. 21 do 31. 8. 1922 r).
7) Asystent Hypolit Latyński, (od 1. 7. 1921 r. do 31 marca 1922).
8) Prymarjusz Dr. de Beaurain, (od 25. 7. 21 r. do 1. 6. 1924 r., przeniesiony do Owińsk).
9) Lekarz-asystent M. Wiendlocha, (od 30. 9. 1921 do 2. 6. 1922 r., objął kierownictwo zakładu w Rybniku).
10) Lekarz-asystent Dr. med. Stanisław Sałkowski, od 15. 10. 1923 do 14. 5. 1924 r.)
11) Lekarz-asystent Dr. med. Brunon Nowara, (od 19. 11. 1923 do 31. 1. 1924 r).
12) Asystent Jan Małecki, (od 8. 11. 1924 r. do 1. 1. 25 r., przeniesiony z dniem 2. 1. 25 do Kościana).
13) Prymarjusz Dr. O. Bielawski, (od 24. 10. 1921 r.)
14) Ordynator Dr. M. Siemionkin, (od 1. 9. 1922 r)
15) Prymarjusz Dr. med. E. Reimann, (od 1. 6. 1924 r.)
16) Praktykant Franciszek Berezowski, (od 10. 11. 1924 r).

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych pacjentów i wogóle pacjentów z osobliwymi psychopatologicznymi przejawami. Przy tej sposobności bywały rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo - psychjatryczne itp.

Lekarze zakładu wyjeżdżali często jako eksperci na rozprawy sądowe: do Poznania, Bydgoszczy, Inowrocławia, Ostrowa, Leszna, Wrześni; w roku 1924 przypadków sądowo-psychjatrycznych karnych i cywilnych było 56 włącznie orzeczeń na rozprawach bez poprzedzającej obserwacji. Między sądownictwem a Dziekanką istnieje ożywiony i ścisły kontakt. Prymarjusz Dr. Bielawski jest równocześnie lekarzem sądowym przy Sądzie Okręgowym w Gnieźnie.

Z początku nieregularnie, od dwóch lat regularnie, odbywały się co 2 tygodnie naukowe zebrania lekarzy zakładowych, mianowicie w pierwszej połowie każdego miesiąca „naukowe posiedzenia lekarzy zakładu ze współudziałem lekarzy i innych gości z Gniezna", a w drugiej połowie miesiąca „kliniczne zebrania lekarzy zakładu". Na posiedzeniach tych omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem i rozpatrywano ciekawsze przypadki psychjatryczne i neurologiczne, **Głównym tematem badań i licznych dyskusji był, przed 4 laty przez Dyr. Piotrowskiego**

wysunięty przedmiot rozgraniczenia schizofrenji. Następstwem tych dociekań było oddzielenie katatonji od schizofrenji, jako też zwężenie i sprecyzowanie formy nozologicznej schizofrenji Słuszność tego stanowiska potwierdziły wyniki badań chemicznych dokonanych przez Dr. Bielawskiego w laboratorjum zakładowem i doświadczenia eksperymentalne Dr. Siemionkina na oddziałach. Dr. Bielawski prowadził systematyczne badania krwi i płynu mózgordzeniowego na odczyn Bienackiego, na cholesterynę, globulinę, cukier i śledził pojawianie się odczynu Wassermanna u katatoników i chorych cierpiących na encephalitis lethargica; wyniki tych badań były podstawą, na której Dr. Bielawski oparł swoją tezę wygłoszoną na Zjeździe Psychjatrów we Lwowie (1923), że katatonja nie należy do schizofrenji, że jest raczej zbliżona do parkinsonizmu. Przy badaniu katatoników Dr. Bielawski napotkał na objaw zgięcia palców przy nagniataniu przedniej bocznej powierzchni goleni (odruch inwersyjny palców) i antagonistyczny objaw paluchа. Dr. Siemionkin wspólnie z Dr. Bielawskim przeprowadzał u tych samych chorych eksperymenty elektrodiagnostyczne.

Lekarze zakładu wygłaszali referaty na posiedzeniach Poznańskiego Oddziału Towarzystwa Psychjatrycznego, uczestniczyli w zjazdach psychjatrów polskich w Warszawie (1920), w Poznaniu (1921), w Wilnie (1922), we Lwowie (1923), w Lublińcu (1924), i wygłosili szereg wykładów na tematy, które były przedmiotem badań w Dziekance.

Następujące prace z Dziekanki były referowane wzgl. ogłoszone drukiem:

I. Dyr. Al. Piotrowski.

1) Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.
2) Plan nauczania dzieci niedorozwiniętych zestawiony według wzorów niemieckich; Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.
3) Śmiertelność w zakładach psychjatrycznych podczas wojny światowej. Nowiny Lekarskie, Poznań, Rocznik 34.
4) Diagnostyka psychjatryczna dla studentów i lekarzy, Wende i Sp. Warszawa 1923.
5) Uwagi do terminu „otępienie" z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox". Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
6) Paranoja i poczytalność. Nowiny Lekarskie, Poznań, Rocznik 35.
7) Alkoholizm i ustawodawstwo. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
8) Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
9) O potrzebie ustanowienia centralnego urzędu psychjatrycznego. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.

10) Przesądy i uprzedzenia w przedmiocie psychjatrji; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
11) O Lidze Profilaktyki i Hygjeny psychicznej; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
12) Pourazowa zwrotna nieruchomość źrenic. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik II.

II. Dr. Ad. Falkowski.

1) O klasyfikacji anatomopatologicznej schorzeń ciała prążkowanego.
2) O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego, Neurologja Polska, 1922.

III. Dr. Ch. de Beaurain.

O nerwicach urazowych; referat wygłoszony na posiedzeniu naukowem lekarzy w Dziekance ze współudziałem lekarzy z Gniezna, w dniu 4. stycznia 1924 r.,; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rok I.

IV. Dr. O. Bielawski.

1) Opór pamięciowy u psychicznie chorych. Rocznik Psychjtr. Warszawa, 1922.
2) Przyczynek do tematu: Senne marzenia a pokrewne objawy psychiczne w schizofrenji; streszczenie, Rocznik Psychjatr. Warszawa, 1922.
3) Odruchy patologiczne w katatonji, Nowiny Lekarskie, Poznań, 1923.
4) Odczyn Biernackiego u psychicznie chorych, autoreferat, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
5) Katatonoid psychorodny. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
6) Objawy motoryczne w katatonji a sprawach pozapiramidowych. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.
7) Przyczynek do patologji humoralnej w katatonji, Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik 1.
8) Parę uwag o leczeniu porażenia postępującego; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
9) Parkinsonizm nierozwinięty czy katatonja? streszczenie w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rocznik I.
10) Zespół objawów prążkowo-wzgórzowy; Now. Psychj. Rocz. II. domości; streszczenie, w Nowinach Psychjatrycznych, Rocznik I.
11) O mechanizmach psychicznych działających w półmrokach świadomości. Now. Psychj. Rocznik II.
12) Przyczynek do symetrycznych zaburzeń troficznych natury oparzeniowej po ciężkich napadach padaczkowych; Now. Psychj. Rocznik II.

V. Dr. M. Siemionkin.

1) Rewolucja, społeczeństwo i zachorzenia psychiczne; autoreferat w Nowinach Psychjatrycznych, Dziekanka, Rok I.

2) Objawy motoryczne w katatonji a w sprawach extrapiramidowych (wspólnie z Dr. Bielawskim) Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rok I.

VI. Frąckowiak, cand. med.

O wartości klinicznej objawu małego palca u nogi (Pousepp) u psychicznie chorych. Nowiny Psychjatryczne, Dziekanka, Rocznik I.

Dnia 19. maja 1921 r. tj. w 3-cim dniu II. Zjazdu Psychjatrów Polskich uczestnicy Zjazdu obradowali w Dziekance i zwiedzili zakład. Lekarz prymarjusz Dr. Falkowski przedsawił kilkunastu chorych z odruchem antagonistycznym Piotrowskiego, objaśniając znaczenie diagnostyczne i wartość kliniczną objawu. Objaw Piotrowskiego polega na tem, że w organicznych zachorzeniach mózgu uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w brzusiec mięśnia piszczelowego przedniego powoduje zgięcie stopowe nogi albo palcy. Odruch ten (a priori chorobowy) występuje o wiele wyraźniej, jeżeli stopę ułożymy i utrzymujemy w grzbiet. zgięciu; niekiedy objaw występuje tylko przy zastosowaniu wspomnianego rękoczynu. Następnie Dyrektor Piotrowski demonstrował przypadek choroby Wilsona i referował o doświadczeniach psychjatrycznych w Dziekance. Zjazd zakończył Dr. Radziwiłłowicz okolicznościowem przemówieniem.

W r. 1921 i 1922 Dyrektor Piotrowski wykładał dla studentów uniwersytetu poznańskiego psychjatrję ogólną, psychjatrję kliniczną i practicum psychjatryczne, a w czasie wakacji uniwersyteckich w r. 1923 i 1924 kilku studentów uniw. poznańskiego i krakowskiego pracowało w Dziekance pod kierownictwem Dyrektora i lekarzy Zakładu w celach pogłębienia studji psychjatrycznych.

Ponieważ dawał się dotkliwie odczuwać brak czasopisma psychjatrycznego (Rocznika Psychjatrycznego w ciągu 4 lat wyszedł tylko jeden zeszyt, w r. 1922), przeto w grudniu r. 1923 Dyr. Piotrowski, dzięki subwencji ze strony Starostwa Krajowego Poznańskiego i Pomorskiego, założył Miesięcznik „Nowiny Psychjatryczne“ i redagował go jako redaktor naczelny. Redaktora zastępował Dr. Bielawski, stały współpracownik czasopisma.

W styczniu 1924 r. wyłoniła się w Dziekance komisja lekarska jako podkomitet Ligi Profilaktyki i Hygjeny psychicznej w Gnieźnie. Komisja otworzyła bezpłatną poradnię psychjatryczną. Z ramienia tego podkomitetu miewał Dr. Piotrowski wykłady o alkoholiźmie dla szerszej publiczności z Gniezna i dla wojska, a Dr. Bielawski wygłosił odczyt publiczny z obrazami świetlnymi o rozwoju psychjatrji praktycznej.

PERSONAŁ PIELĘGNIARSKI. Po odejściu w r. 1920 doświadczonych pielęgniarzy, a zwłaszcza pielęgniarek niemieckich, powstały trudności z tego powodu, że nowo przyjęty młody personał polski przedstawiał surowy materjał, który nie miał wyobrażenia o pielęgno-

waniu chorych w ogólności, a o dozorowaniu psychicznie chorych w szczególności, przytem nie stosował się do zleceń lekarza, czasem nawet postępował wbrew zarządzeniom jego. Fatalne skutki tego nieposłuszeństwa nie dały na siebie czekać i objawiły się w przypadku usiłowanego samobójstwa z zejściem śmiertelnem (w r. 1920). Pacjentka W., znajdująca się w stanie depresji, symulowała wesoły nastrój i wprowadzała w błąd niedoświadczone pielęgniarki, które nie mógły pojąć lekarza nawołującego je do starannego i pilnego czuwania nad chorą, którą pielęgniarki uważały za zdrową. Pacjentka wymknęła się niespostrzeżona, pobiegła na strych i wyskoczyła oknem na bruk, odnosząc złamanie czaszki, wskutek czego na drugi dzień umarła. Był to w ciągu ubiegłych 6 lat, jedyny przypadek samobójstwa w Dziekance.

Męski personał pielęgniarski został zastąpiony doświadczonymi pielęgniarzami Polakami, wydalonymi z zakładów niemieckich; przyjęto ich z radością. Niestety był to element zrewolucjonizowany i ferment burzliwy, który wniósł do zakładu niepokój. Personał tubylczy, przez przybyszów prowokatorów z Niemiec i przez emisarjuszy Związku Zawodowego Robotników i Rzemieślników w Gnieźnie pobudzony do nieposłuszeństwa względem przełożonych, uległ agitacji. Odtąd zachowywał się prowokująco, krnąbrnie, hardo, opornie. Dnia 6. 8. 1920 r. w czasie bolszewickiego najazdu, przyjechał do Dziekanki poseł Nader z Warszawy i zwołał wiec pielęgniarzy, na którym przemawiał podburzająco, agitując w sposób niesmaczny i demagogiczny przeciw władzy przełożonej; sens przemówienia był ten, że pielęgniarzy traktuje się w Dziekance jak niewolników, że dyrektor nie ma więcej praw od nich, bo jest tak samo robotnikiem jak oni, że nie mają się krępować, nie mają brać najmniejszego względu na jego obecność, że mu nie wolno karcić podwładnych, że za nimi stoi silny Związek liczący 600 000 członków z dewizą — jeden za wszystkich, wszyscy za jednego — związek, z którym się nawet minister liczyć musi. Mówca poddał nielojalnej, uszczypliwej, złośliwej, niesprawiedliwej krytyce zarządzenia ówczesnego Starosty Krajowego Wyczyńskiego, wołając, że Starosta Krajowy „albo za rychło, albo za późno się urodził", że to nie jest urzędnik, że urzędników trzeba sobie dopiero wychować. To też nie dziw, że pod wpływem takiego niewłaściwego przemówienia posła niektórym słuchaczom przewróciło się docna w głowie. Zamiast w krytycznej dla państwa chwili, jaką był okres nawały bolszewickiej, nawoływać lud do spokoju i porządku, jak by to uczynił każdy poważny, patrjotycznie myślący, rozumny człowiek, p. poseł Nader swojem niefortunnem wystąpieniem pogmatwał pojęcie słuszności i swojem podburzającem demagogicznem przemówieniem wywołał wrzenie i niezadowolenie u słuchaczów. Zamiast ułatwić trudną pracę organizacyjną władz, p. N. utrudniał ją, wprowadzając rozprężenie i zamęt w umysłowości personalu. Skutek był ten, że kilku funkcjonarjuszy wypowiedziało zupełnie posłuszeństwo; tych wydalono niezwłocznie. Wskutek energicznej postawy władzy przełożonej, która nie ulękła się ani groźb ani strajków

itp., lecz wystąpiła z uzasadnioną surowością względem wichrzycieli, incydent został wnet zlikwidowany. Roztropniejsi ocknęli się i przyszli do równowagi. Od tego czasu panuje w Dziekance spokój i wzorowa dyscyplina; personał na ogół jest posłuszny, obowiązkowy i sumienny.

Personał pielęgniarski podzielony jest na następujące grupy:

I. Personał kontraktowy:

1) Posługujący — 1) Posługująca.
2) Pielęgniarz pomocniczy — 2) pielęgniarka pomocnicza.

II. Urzędnicy ustaleni z prawem do emerytury:

3) Pielęgniarz — 3)pielęgniarka.
4) Oddziałowy — 4) oddziałowa.
5) Nadpielęgniarz — 5) nadpielęgniarka.

Młode osoby zgłaszające się do służby pielęgniarskiej, nie posiadające odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji, przyjmuje się na posługujących.

Personal posługujący przedstawia najniższą warstwę służby szpitalnej. Dla osób inteligentniejszych i pod względem moralnym ustalonych odbywają się kursy przygotowawcze pielęgniarstwa psychjatrycznego z 2 rocznym programem. Na kursach teoretycznych, w semestrze zimowym, wykładają lekarze zakładowi 1) anatomję i fizjologję człowieka, 2) hygjenę, 3) psychjatrję praktyczną. Pozatem dyrektor w osobnych lekcjach poucza słuchaczów o obowiązkach i odpowiedzialności prawnej pielęgniarzy, tłomaczy przepisy służbowe.

Po 2 latach kandydaci składają egzamin. Po złożonym egzaminie awansują na pielęgniarzy pomocniczych. Dopiero pielęgniarze pomocniczy należą do personalu pielęgniarskiego i dostają wyższe pobory.

Posługujący, który nie brał udziału w kursach, pozostaje nadal posługującym.

Po 10-letniej nienagannej służbie pielęgniarz pomocniczy, o ile przeszedł kursy dokształcające, może starać się o posadę pielęgniarza - urzędnika z prawem do emerytury. Ta 10-letnia praktyka przygotowawcza daje rękojmię, że kandydat na pielęgniarza nauczył się pielęgnować psychicznie chorych, zna swoje obowiązki i przepisy i że pozostanie trwale w obranym zawodzie. Ustalenie otrzyma tylko ten kandydat, który posiada moralne kwalifikacje na urzędnika. Nie każdy pielęgniarz pomocniczy przeto zostanie pielęgniarzem etatowym. W Dziekance pracują pielęgniarze pomocnicy, którzy mają poza sobą 15 lat służby.

Z pomiędzy pielęgniarzy ustalonych (zwanych także etatowymi) wybiera się oddziałowych, którzy mają dozór nad oddziałem. Umiejący samodzielnie pracować,energiczny, zaradny, roztropny pielęgniarz oddziałowy może zostać nadpielęgniarzem, o ile wakuje posada nadpielęgniarza.

Zmiany personału zachodzą dość często tylko na najniższym stopniu służby, t. j. u posługujących, rzadko między personałem pomocniczym, a już wcale nie pomiędzy pielęgniarzami ustalonymi.

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego incl. posługujących, po odciągnięciu pielęgniarzy prywatnych i dozoru nocnego, przedstawiał się przed 5 laty jak 1:8. Z początku ze względów oszczędnościowych, później z przyczyn zasadniczych, zredukowano ilość personału w tak znacznej mierze, że czasami przypadał tylko 1 pielękniarz (wzgl. posługujący) na 11 pacjentów. Służbę nocną zredukowano. Zamiast 17 pielęgniarzy dozoruje w nocy tylko 10—11 osób. Kontrole nocne bowiem wykazały, że przy podwójnym dozorze (jeżeli równocześnie czuwają dwie osoby), jedna osoba prawie regularnie śpi. Wobec tego zniesiono podwójny dozór. Na każdym oddziale czuwa w nocy jedna osoba, starsza, doświadczeńsza. W pobliżu natomiast śpi druga, młodsza osoba, której obowiązkiem jest, na zawołanie czuwającego dać pomoc. Za każdą przerwę we śnie z przyczyny służbowej, przebudzony zyskuje we dnie jedną godzinę wolną od pracy, t. zn. że pracuje jedną godzinę mniej, a jeżeli wstawał w nocy 3 razy do chorych, dzień następny dla niego jest zupełnie wolny od pracy. Ten sposób dozoru nocnego okazał się korzystniejszym, albowiem pozwolił zmniejszyć ilość pielęgniarzy nocnych o 7 osób, co przynosi znaczne oszczędności w budżecie personalnym. Obecnie na 580 pacjentów przypada 87 pielęgniarzy i pielęgniarek, 44 mężczyzn i 43 kobiet. Od tej liczby należy odjąć 2 nadpielęgniarzy i 2 nadpielęgniarki, 6 osób zatrudnionych w pielęgnacji prywatnej, 10 osób służby nocnej i 1 uczennicę na przełożoną, pozostaje 66 pielęgniarzy, pielęgniarek i posługujących do dyspozycji chorych, t. zn. stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawia się obecnie jak 1:9.

Personał ten wystarczył zupełnie, albowiem w Dziekance panuje zasada, ażeby jak najwięcej pacjentów wyzwolić z pod dozoru i przyzwyczaić do poprawnego życia samodzielnego. Mimo szczupłej liczby pielęgniarzy samobójstwa w ostatnich 4 latach w Dziekance nie było.

Podróże służbowe.

w r. 1919	**odbyto podróży służb.**	**9, wszystkie do Starostwa Krajowego.**					
„ „ 1920	„ „ „	**38,**	**z tych**	**34**	**do Star. Kraj.**	**i 4**	**inne**
„ „ 1921	„ „ „	15	„ „	11	„ „ „	, 4	„
„ „ 1922	„ „ „	7	„ „	4	„ „ „	„ 3	„
„ „ 1923	„ „ „	15	„ „	8	„ „ „	„ 7	„
„ „ 1924	„ „ „	10	„ „	4	„ „ „	„ 6	„

Razem odbyto 94 podróże

Z tych przypadło na zarządzenia Starostwa Krajowego 80, na zarządzenia Zakładu 14.

Celem podróży były konferencje p. Dyrektora na Starostwie Krajowem w sprawie organizacji zakładów psychjatrycznych, w sprawach personalnych, w sprawach opału i odzieży. Inne podróże miały na celu kongresy psychjatrów, przewiezienie pieniędzy i pacjentów.

ROZRYWKI. Ze względu na stan wojenny w pierwszych latach życia państwowego Polski, zabawy dla pacjentów odbywały się rzadko. Później, gdy się sytuacja poprawiła, urządzano je częściej.

Latem zwykle pacjenci przebywali na dworze, bawili się tańcem na murawie, grywali w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki w bliższą okolicę, wozem lub koleją. W jesieni, gdy pogoda nie sprzyjała, prawie w każdą niedzielę po południu, pacjenci gromadzili się na sali teatralnej zakładu celem wspólnej zabawy towarzyskiej połączonej z tańcami. Zimą na wielkiej sali odbywały się przedstawienia teatralne, kinematograficzne, koncerty, zabawy taneczne. Orkiestry wojskowe (69 pp. i 17 p.a.p.) z Gniezna koncertowały dla chorych w Dziekance; także gnieźnieńskie Koło śpiewackie wystąpiło z pięknym programem na wieczorze koncertowym urządzonym w Zakładzie dla chorych. Gdy do Gniezna zawitał cyrk, znaczną ilość widzów stanowili pacjenci z Dziekanki. Po za częstemi zabawami na oddziałach urządzono w r. 1924 dla chorych na wielkiej sali Zakładu 14 większych przedstawień teatralnych, kinematograficznych i koncertów, połączonych z zabawami tanecznemi, w których brali udział także zaproszeni goście z Gniezna.

Do upiększenia zabaw nieraz przyczynił się chór pielęgniarek. Ćwiczeniami chóru świeckiego kierował Dyr. Piotrowski, chórem kościelnym dyrygował Dr. de Beaurain, a po nim organista katolicki.

BIBLJOTEKA. Pacjenci i urzędnicy korzystali regularnie i licznie z bibljoteki Zakładu zawierającej 4677 tomów, mianowicie:

beletrystyka	3301 tomów
biblj. naukowa lekarska	1200 ,,
biblj. administracyjna	176 ,,
	4677 tomów

W ciągu 1924 r. wypożyczono lektury beletrystycznej 6240 tomów.

INWESTYCJE w okresie 1920—1924. W r. 1920 naprawiono kocioł do ciepłej wody na kąpiele po stronie męskiej.

W roku 1921 naprawiono pompy do posiłkowania kotłów parowych.

W roku 1922 naprawiono 3 pompy do pompowania wody i wybudowano piątą pompę z elektromotorem, naprawiono drugą pompę do posiłkowania kotłów parowych, izolowano rury do centralnego ogrzewania, odrestaurowano oddział IV. m. i ż.

W roku 1923 naprawiono gruntownie drugą maszynę zapędową i baterję akumulatorów, położono nowe belki w kręgielni, naprawiano kominy i zaciekające prawie na wszystkich budynkach dachy, mianowicie dach na pawilonie IV. ż., który się był zawalił z powodu spróchniałych belek.

W roku 1924 gruntownie naprawiono dynamo, kocioł do ciepłej wody na kąpiele po stronie żeńskiej, automatyczną pompę do pompowania ścieków, wentylator w kuchni zakładowej, który od kilku lat był nieczynny, założono nowe rury do centralnego ogrzewania, wybudowano 8 nowych werand przy mieszkaniach pielęgniarzy, położono nowe linoleum w VII paw. ż., ukończono naprawę bateryj akumulatorów, rozebrano mur okalający ogród paw. V. ż. a obmurowany ogród oddziału VI. ż. otoczono żywopłotem przed ostatecznem rozebraniem murów, pokryto olejną farbą ściany w kuchni i w przyległych ubikacjach jako też w ła-

zienkach, rozpoczęto pracę przy zakładaniu nowego filtra do piątej pompy, w celach konserwacyjnych pomalowano okna w budynku administracyjnym, gospodarczym, w paw. I ż. oraz w mieszkaniach dyrektora i lekarzy, przebrukowano dziedziniec na przodku, wyłożono kostkowym brukiem drogę od bramy głównej do gmachu administracyjnego i pokryto brukiem mozaikowym miejsce naokoło kandelabra przedniego, założono wodociągi do wodotrysku przed kościołem, rozszerzono i zmieniono rozmieszczenie sieci oświetlenia elektrycznego i ulepszono oświetlenie ustawieniem kilku nowych lamp i silniejszych żarówek, naprawiono aparat do wyrabiania wody sodowej, który od wielu lat był zepsuty.

Część wyszczególnionych prac została wykonana przez pacjentów, mianowicie przełożenie bruku na dziedzińcu, wyłożenie drogi kostkowym brukiem i miejsce naokoło kandelabra, co przysporzyło zakładowi znacznych oszczędności. Prace te byłyby kosztowały 1 167,20 zł., w rzeczywistości kosztował piasek tylko 29 złotych.

Dla ilustracji sprawy powyższej wzmiankowanej niech posłuży załączone zestawienie prac malarskich i brukarskich wykonanych przez pacjentów Zakładu.

PRACE MALARSKIE I BRUKARSKIE. Z następnego zestawienia dowiadujemy się, jakie prace malarskie i brukarskie zostały wykonane przez pacjentów Zakładu w ciągu ostatnich 4 lat z pożytkiem dla Zakładu i ile Zakład zaoszczędził wydtków z tego powodu.

ROK	PAWILONY	UBIKACJA	ILOSC kwm	WARTOSC PRACY zł gr
1920	VII. p. zeński	Sala i łazienka malowaua	188	56,40
1921	I. p. zeński	Kuchuia, 2 pokoje i sufit w jadalni	72	21,60
1922	VI. p. zeński	Sala na I. piętrze malowana	144	43,20
,,	II. p. męski	I łazienka malowana	68	20,40
1923	IV. p. żeński	Sufity w 5 salach odnowione, pokój lekarski i	360	
		korytarz malowany	18	124,20
,,	X. i IX. p. żeński	X. i IX. p. kompletnie malowane	2000	600,—
		i	1680	52,80
,,	VIII. p. ,,	Jadalnie malowana	105	31,50
,,	V. p. żeński	2 sale na parterze malowane	200	60,—
,,	I. p. męski	Sufit w 2 pokojach i 2 pokoje malow.	126	37,80
,,	VII. p. męski	Jeden pokój malowany	88	26,40
1924	V. p. żeński	I. piętro sufity odnowione	112	33,60
,,	VI. p. ,,	Korytarz malowany	88	26,40
,,	VII. p. ,,	Sala i korytarz malowane	80	24,—
,,	III. p. męski	10 pokoji, 2 łazienki, 2 umywalnie, 1 kuchnia, 4 korztarze, 4 ustępy, 2 sienie malowane	1608	482,40
,,	II. p. męski	1 pokój malowauy	160	96,—
,,	VI. p. męski	11 pokoji. 1 kuchnia, 1 łazienka i 1 umywalnia malowane	1688	506,40
,,	VI. p. męski	2 ustępy, 2 korytarze, 2 sienie i 11 drzwi malowane	300	180,—
1922	Dom Admin.	16 pokoji i 3 kuchnie malowane	768	
			18	293,40
,,	Dom Gosp.	3 pokoje i kuchnię malowane	144	43,20
	Dom mieszkalny		18	4,40
1920	dla pielęgniarzy	2 pokoje i 2 kuchnie	50	15,—
1924	,,	14 pokoji i 14 kuchen	420	126,—
,,	p. ordynatorów	1 pokój i 1 łazieńka	40	12,—
			razem	2 917,10

Powyższą kwotę zaoszczędził zakład przez to, że prace malarskie wykonane zostały przez pacjentów. Zakład przełożył w roku 1924 = 1495 kw. m. bruku własnemi siłami. Robocizna włącznie dostawy żwiru kosztuje 0,80 zł za 1 m. kw. x 1459 = 1167,20 złotych odlicza się zakupiony żwir . . . . = 29,— ,, 1 138,20

razem zysk — 4 055,30

ZATRUDNIENIE. W roku 1919 zatrudniono 37,7% pacjentów w ogrodach, na roli, w warsztatach, w biurach, w gospodarstwie domowem i przy klockowaniu,

w roku 1920 = 36,5%
w roku 1921 = 57,5%
w roku 1922 = 76,5%
w roku 1923 = 85,5%
w roku 1924 = 95,4%

	dni robocze w roku	liczba zatrudnionych chorych przeciąt. dziennie
W roku 1919 zatrudniano pacjentów w biurach, warsztatach, przy szyciu i gospodarstwie domowem	36 327	99,2
na roli i w ogrodach	12 678	34,5
razem :	49 005	133,7
w roku 1920	47 123	129
	21 618	59,1
razem :	68 741	188,1
w roku 1921	54 077	148,1
	31 489	89
razem :	85 566	237,1
w roku 1922	112 285	309
	55 580	152
razem :	167 865	461
w roku 1923	130 595	357,6
	59 130	162
razem :	189 725	519,6
w roku 1924	141 533,5	387,9
	61 393	168,2
razem ;	202 976,5	556,1

OGRODNICTWO. W roku 1919 wynosił dochód

z ogrodnictwa 11 873,08 mk.
za drzewo opałowe, wycięte w parku zakładowym 4 200,— mk.

razem: 16 073,08 mk.

Wydatki wynosiły:

a) pobory ogrodnika 5 596,— mk.
b) zakup nasion, narzędzi, mierzwy 1 404,95 mk.

7 000,95 mk.

Z powyżej wykazanych wydatków przypada $^2/_5$ na utrzymanie parków. Dla wyliczenia zysku w ogrodnictwie liczy się $^3/_5$ wydatków do rozchodu, zatem 4 200,57 mk.

pozostała nadwyżka wynosi 11 872,51 mk.

Na tej samej podstawie obliczony dochód i rozchód z ogrodnictwa zakładowego i z parków zakładowych wykazuje dla zakładu zysk:

w roku 1920 38 145,18 mk.
w roku 1921 675 687.70 mk.
w roku 1922 969 877,90 mk.
w roku 1923 671 943 442,00 mk.
w roku 1924 2 750,45 zł.

ODŻYWIANIE.

Rok 1919.

Według zakończenia kasowego wydano na żywność dla pacjentów i personalu 494 814,42 mk.

z tego:

a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	11 873,08 mk.
b) produkty z własnego folwarku	83 784,15 mk.
c) zakupiona żywność	399 157,19 mk.
	494 814,42 mk.

Rok 1920.

Wydano na żywność 3 230 453,52 mk.

z tego:

a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	54 996,— mk.
b) produkty z własnego folwarku	266 246,72 mk.
c) zakupiona żywność	2 909 210,80 mk.
	3 230 453,52 mk.

Rok 1921.

Wydano na żywność 26 416 422,65 mk.

z tego:

a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	708 901,80 mk.
b) produkty z własnego folwarku	5 070 660,50 mk.
c) zakupiona żywność	20 636 860,35 mk.
	26 416 422,65 mk.

Rok 1922.

Wydano na żywność 132 612 287,70 mk.

z tego:

a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	1 275 811,— mk.
b) produkty z własnego folwarku	17 969 339,— mk.
c) zakupiona żywność	113 367 137,70 mk.
	132 612 287,70 mk.

Rok 1923.

Wydano na żywność 19 403 432 352,— mk.

z tego:

a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	719 971 048,— mk.
b) produkty z własnego folwarku	3 890 535 200,— mk.
c) zakupiona żywność	14 792 926 104,— mk.
	19 403 432 352,— mk.

Rok 1924.

Wydano na żywność	159 283,95 zł.
z tego:	
a) produkty z własnego gospodarstwa ogrodniczego	6 263,64 zł.
b) produkty z własnego folwarku	25 349,26 zł.
c) zakupiona żywność	127 671,05 zł.
	195 283,95 zł.

PRZYODZIEWANIE.

Zakład przyodziewał:

w r. 1919	przeciętnie	354	pacjentów	III kl	(ubogich)
w r. 1920	„	400	„	III kl	„
w r. 1921	„	533	„	III kl.	„
w r. 1922	„	498	„	III kl.	„
w r. 1923	„	566	„	III kl.	„
w r. 1924	„	534	„	III kl.	„

Na przyodziewek wydano:

w r. 1919	6 040,42 mk.
w r. 1920	17 988,50 mk.
w r. 1921	509 446,50 mk.
w r. 1922	5 218 851,50 mk.
w r. 1923	408 386 210,— mk.
w r. 1924	72 648,— zł.

Wobec tego kosztował przyodziewek za 1 pacjenta:

w r. 1919	dziennie	0,4,68	mk.,	rocznie	17,06 mk.
w r. 1920	„	1,26	mk.	„	44,97 mk.
w r. 1921	„	26,47	mk.	„	955,80 mk.
w r. 1922	„	287,11	mk.	„	10 479,62 mk.
w r. 1923	„	976,80	mk.	„	72 153,05 mk.
w r. 1924	„	0,37,2	zł.	„	136,04 zł.

III. ZESTAWIENIA STATYSTYCZNE.

A. RUCH OSOBOWY.

1) Leczono w ciągu roku:

1919 — 722 chorych (579 cywilnych i 143 wojskowzch)
1920 — 925 „ (754 „ i 171 „)
1921 — 968 „ (871 „ i 97 „)
1922 — 823 „
1923 — 835 „
1924 — 802 „

2) Przewieziono do innych zakładów:

	a) niemieckich	b) do polskich zakładów
w roku 1919	5 chorych	1 chorego
„ 1920	10 „	—
„ 1921	6 chorych	1 chorego
„ 1922	2 „	3 chorych
„ 1923	4 „	45 „
„ 1924	—	24 „

3) Przyjęto do Dziekanki z innych zakładów:

	a) z niemieckich	b) z polskich
w roku 1919	—	—
„ 1920	—	—
„ 1921	175 chorych (Obrawalde)	—
„ 1922	—	—
„ 1923	—	87 chorych (z Kobierzyna
„ 1924	—	6 „ (z Kościana

4) W opiece rodzinnej znajdowało się:

w roku 1919 — 9 chorych
,, 1920 — 6 ,,
,, 1921 — 6 ,,
,, 1922 — 13 ,,
,, 1923 — 14 ,,
,, 1924 — 14 ,,

B. STATYSTYKA.

I. Umieszczonych w zakładzie.

	1919 r.			1920 r.			1921 r.		
	m.	k.	raz	m.	k.	raz	m.	k.	raz.
Pacjentów było w dniu 1. stycznia . .	222	242	464	209	201	410	218	248	466
żołnierzy ,, ,, ,, . .	121	—	121	132	—	132	66	—	66
w roku sprawozdaw. przybyło pacjentów	61	54	115	158	186	344	201	204	405
,, ,, ,, żołnierzy	22	—	22	39	—	39	31	—	31
zatem było odżywianych pacjentów .	283	296	579	367	387	754	419	452	871
,, ,, ,, żołnierzy . .	143	—	143	171	—	171	97	—	97
razem odżywianych	426	296	722	538	387	925	516	452	968
zatem uleczyło się pacjentów . . .	74	95	169	149	139	288	140	146	286
,, ,, ,, żołnierzy . . .	11	—	11	105	—	105	97	—	97
razem ubyło	85	95	180	254	139	393	237	146	383
pozostało 31. grudnia pacjentów . .	209	201	410	218	248	466	279	306	585
,, ,, żołnierzy . .	132	—	132	66	—	66	—	—	—
razem	341	201	542	284	248	532	279	306	585
przeciętna dzienna		573			565			626	

Ubyło w roku sprawoydawczym	1919 m	k.	r.	1920 m.	k.	raz.	1921 m.	k.	raz.
1) Urlop i ostat. zwolnieni pacjenci	36	51	87	100	97	197	77	85	162
zwolnieni żołnierze . . .	11	—	11	27	—	27	66	—	66
2) przewiezienie pacj. do zakł. niem.	3	2	5	8	2	10	4	2	6
,, ,, ,, ,, pojsk.	—	1	1	—	—	—	1	—	1
3) zmarło	30	41	71	37	37	74	54	58	112
4) oddaliiło się	5	—	5	4	3	7	4	1	5

	Rok 1922			1923			1924		
	m.	k.	raz	m.	k.	raz	m.	k.	raz.
Pacjentów było w dniu 1. stycznia .	279	306	585	289	280	569	315	301	616
przybyło w roku sprawozdawczym . .	153	85	238	136	130	266	98	88	186
zatem było odżywianych	432	391	823	425	410	835	413	389	802
zatem ubyło	193	111	254	110	109	219	116	110	226
pozostaje w dniu 31. grudnia	289	280	569	315	301	616	297	279	576
przeciętna dzienna		599			589			582	

Ubyło w roku sprawozdawczym	1922 m.	k.	r.	1923 m.	k.	raz.	1924 m.	k.	raz.
1) Urlop i ostat. zwolnienl pacjenci	92	60	152	50	50	100	67	60	127
2) przewiezieni do zakł. niemieck.	1	1	2	1	3	4	—	—	—
,, ,, ,, polskich	3	—	3	28	17	45	8	16	24
3) zmarło	42	44	86	27	35	62	38	32	70
	5	2	7	4	4	8	3	2	5

I. RELIGJA.

	katol.		ewang.		żydzi		razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	raz.
Pacjentów było w dniu 1. stycznia 1919 r.	122	126	83	101	17	15	222	242	461
żołnierzy ,, ,, ,, ,, ...	112	—	9	—	—	—	121	—	124
przybyło pacjentów	38	29	21	19	2	6	61	54	115
,, żołnierzy	22	—	—	—	—	—	22	—	22
razem	294	155	113	120	19	21	426	296	722
ubyło pacjentów	41	49	29	39	4	7	74	95	169
żołnierzy	9	—	2	—	—	—	2	—	2
stan w dniu 31. 12. 1919 r. pacjentów	119	106	75	81	15	14	209	201	410
,, ,, ,, ,, ,, żołnierzy	125	—	7	—	—	—	132	—	132
razem	244	106	82	81	15	14	341	201	542
w roku 1920 przybyło pacjentów	114	130	40	48	4	8	158	186	344
,, ,, ,, żołnierzy	39	—	—	—	—	—	39	—	39
razem	397	236	122	129	19	22	538	387	925
ubyło pacjentów	94	77	50	52	5	10	149	139	288
,, żołnierzy	98	—	7	—	—	—	105	—	105
stan w dniu 31. 12. 1920 r. pacjentów	139	159	65	77	14	12	218	248	466
,, ,, ,, ,, ,, żołnierzy	66	—	—	—	—	—	66	—	66
razem	205	159	65	77	14	12	284	248	532

	katol. m.	katol. k.	ewang. m.	ewang. k.	żydzi m.	żydzi k.	razem m.	razem k.	razem raz.
w roku 1921 przybyło pacjentów	146	131	40	48	15	25	201	204	405
,, ,, ,, żołnierzy	31	—	—	—	—	—	31	—	31
razem	382	290	105	125	29	27	516	452	968
ubyło pacjentów	102	88	31	45	7	13	140	146	286
,, żołnierzy	97	—	—	—	—	—	97	—	97
stan w dniu 31. 12. 1921 r. pacjentów	183	202	74	80	22	24	289	306	585
,, ,, ,, ,, ,, żołnierzy	—	—	—	—	—	—	—	—	--
razem	183	202	74	80	22	24	279	306	585
w roku 1922 przybyło	114	57	32	19	7	9	153	85	238
razem	297	259	106	99	29	33	432	391	823
ubyło	97	65	27	30	19	16	143	111	254
stan w dniu 31. 12. 1922 r.	200	194	79	69	10	17	289	280	569
w roku 1923 przybyło	109	96	14	19	13	15	136	130	266
razem	309	290	93	88	23	32	425	410	335
ubyło	86	86	20	16	4	7	110	109	219
stan w dniu 31. 12. 1923 r.	223	204	73	72	19	25	315	301	616
w roku 1924 przybyło	77	69	15	13	6	7	98	88	186
razem	300	272	88	85	25	32	413	389	802
ubyło	94	87	17	14	5	9	116	110	226
stan w dniu 31. 12. 1924 r.	206	185	71	71	20	23	297	279	576

2. ZAWÓD. ROK 1919 ROK 1920

a) mężczyźni	Stan 31. 12. 1918	ROK 1919 przybyło w roku sprawozdawczym	ROK 1919 ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1919	ROK 1920 przybyło w roku sprawozdawczym	ROK 1920 ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1920
ziemianie	2	—	—	2	1	2	1
małorolni, gospodarze	12	6	7	11	3	5	9
kamienicznicy	3	2	3.	2	3	3	2
przemysłowcy	24	10	12	22	16	17	21
kupcy	12	3	4	11	5	5	11
uezeni	7	2	3	6	1	—	7
nauczyciele	4	—	1	3	—	1	2
urzędnicy	7	1	2	6	2	1	7
urzędnicy prywatni, wojskowi, muzycy	12	2	5	9	3	2	10
technicy	—	—	—	—	1	—	1
robotnicy	62	23	25	60	49	41	68
uczniowie szkolni	3	—	—	3	2	5	1
handlarze, kelnerzy	7	2	3	6	3	4	5
bez zawodu	67	10	9	68	69	65	72
razem a)	222	61	74	209	158	149	218

b) kobiety bez zawodu	Stan 31. 12. 1918	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1919	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1920
żony, córki z inteligencji	8	3	4	7	3	1	9
,, ,, z średn. stanu małorolni	96	23	27	92	61	45	108
,, ,, z stanu robot.	54	11	13	52	34	23	63
zarobkujące							
nauczycielki, bony	1	3	—	1	1	—	2
krawcowe i strojarki	11	1	5	9	3	4	8
książkowe, sprzedawaczki przekupki	1	1	—	2	1	1	2
gospodynie, kucharki, towarzyszki,	4	—	2	3	6	5	4
akuszerki, pielęgniarki	1	12	—	1	—	—	1
służące, robotnice	66	54	44	34	77	60	51
razem b)	242	54	95	201	186	139	248

a) mężczyźni	ROK 1921 stan 31. 12. 1920	przybzło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1921	ROK 1922 przybyło w ruku sprawozdawczym	ubyło w ruku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1922
ziemianie	1	2	1	2	—	—	2
małorolni gospodarze	9	4	2	11	4	3	12
kamienicznicy	2	3	—	5	2	3	4
przemysłowcy	21	24	22	23	17	12	28
kupcy	11	17	14	14	4	15	3
uczeni	7	2	1	8	—	2	6
nauczyciele	2	—	1	1	—	—	1
urzędnicy	7	5	4	8	3	3	8
urzędn. pryw., wojskowi,	10	5	4	11	5	3	12
muzycy,							2
technicy	1	3	1	3	2	2	
robotnicy	68	66	48	86	48	39	95
uczniowie szkolni	2	2	—	4	11	6	9
handlarze, kelnerzy	5	3	2	6	1	1	6
bez zawodu	72	65	40	97	58	54	101
razem a)	218	201	140	279	153	143	289

b) kobiety bez zawodu	Stan 31. 12. 1920	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1921	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1922
żony, córki z inteligencji	9	4	2	11	—	1	10
,, ,, średn. stanu, małorolni	108	39	19	128	7	21	114
,, ,, z stanu robotn.	63	24	14	73	11	16	68
zarobkujące							
nauczycielki, bony	2	5	3	4	—	2	2
krawcowe,, strojarki	8	5	4	9	3	4	8
książkowe, sprzedawaczki przekupki	2	6	4	4	2	2	4
gospodynie, kucharki, towarzyszki	4	5	3	6	1	2	5
akuszerki, pielęgniarki	1	—	—	1	—	—	1
służące, robotnice	51	116	97	70	61	63	68
razem b)	248	204	146	306	85	111	280

a) mężczyźni	ROK 1923 Stan 31. 12. 1922	przycyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1923	ROK 1924 przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1924
ziemianie	2	1	—	3	2	1	4
małorolni, gospodarze	12	6	1	17	9	7	19
kamienicznicy	4	—	3	1	—	1	—
przemysłowcy	28	29	—	57	20	32	45
kupcy	3	10	—	13	7	12	8
uczeni	6	—	2	4	3	2	5
nauczyciele	1	1	—	2	1	—	3
urzędnicy	8	—	—	8	10	4	14
urzędn. pryw., wojskowi, muzycy	12	—	2	10	3	5	8
technicy	2	—	1	1	2	1	2
robotnicy	95	47	35	107	33	27	113
uczniowie szkolni	9	—	3	6	2	3	5
handlarze, kelnerzy	6	—	3	3	—	—	3
bez zawodu	101	42	60	83	6	21	68
razem a)	289	136	110	315	98	116	297

b) kobiety bez zawodu	Stan 31. 12. 1922	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1923	przybyło w roku sprawozdawczym	ubyło w roku sprawozdawczym	Stan 31. 12. 1924
żony, córki z inteligencji	10	—	2	8	12	4	16
,, ,, średn. stanu małorolni	114	27	63	78	22	25	75
,, ,, z stanu robotn.	68	31	29	70	24	39	55
z stanu zarobkujących							
nauczycielki, bony	2	4	—	6	3	1	8
krawcowe i strojarki	8	4	1	11	5	7	9
książkowe, sprzedawaczki przekupki	4	3	1	6	1	1	6
gospodynie, kucharki, towarzyszki	5	2	2	5	3	3	5
akuszerki, pielęgniarki	1	—	—	1	—	1	—
służące i robotnice	68	59	11	116	18	29	105
razem b)	280	130	109	301	88	110	279

3. WIEK PACJENTÓW.

pacjentów przybyło w wieku:	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
do lat 20	7	4	12	8	11	8	15	11	14	10	16	14
między 20—30 r. . . .	14	16	41	48	40	45	49	26	48	44	27	21
,, 30—40 r. . . .	13	10	39	47	49	47	44	21	32	34	21	19
,, 40—50 r. . . .	11	10	31	39	44	38	28	7	22	23	14	8
,, 50—60 r. . . .	7	7	13	27	36	38	9	5	14	8	12	7
,, 60—70 r. . . .	6	4	5	6	16	21	7	6	4	7	3	6
,, 70—80 r. . . .	2	2	1	2	5	2	1	5	2	—	—	—
,, 80—90 r. . . .	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—
wieku nieznanego . . .	1	1	15	9	7	7	4	4	—	3	5	5
razem: .	61	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

4. STAN RODZINNY:

	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
samotni	28	24	98	106	118	124	94	40	80	68	47	46
żonaci (zamężne) . . .	26	21	54	71	72	56	53	31	50	45	37	35
owdowiali	6	7	6	7	—	13	4	13	3	14	—	7
rozwiedzeni	—	2	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—
stan niawiadomy . . .	—	—	—	2	4	3	2	—	3	2	—	—
w seperacji	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	61	54	158	186	20	204	153	85	136	130	98	88

5. PORAZ KTÓRY DO ZAKŁADU

przyjęto	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
I raz	48	41	148	178	194	200	142	77	124	122	63	62
2 ,, ...	9	9	7	7	4	2	5	4	8	3	22	19
3 ,, ...	3	1	1	—	1	1	4	—	3	1	6	4
4 ,, ...	—	—	—	1	1	1	—	2	—	2	4	2
5 ,, i więcej . . .	1	3	1	—	1	—	2	2	1	2		
razem .	64	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

6. POCZĄTEK CHOROBY PRZED PRZYJĘCIEM DO ZAKŁADU

	1919 r.		1920 r.		1921 r.		1922 r.		1923 r.		1924 r.	
	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob	m.	kob
do 1 miesiąca . . .	12	15	26	27	38	41	27	22	16	21	15	16
,, 2 ,, . . .	3	3	11	14	24	16	15	8	7	9	4	5
,, 3 ,, . . .	4	3	9	8	9	7	7	4	3	5	9	7
,, 6 ,, . . .	7	6	5	11	15	14	15	6	12	10	6	15
,, 1 roku	5	4	7	15	18	12	17	6	12	11	13	7
,, 2 lat	3	3	10	16	12	19	14	7	21	12	14	11
,, 3 ,, ...	6	1	13	16	13	17	8	6	17	10	6	4
,, 5 ,, ...	2	5	13	12	16	19	6	5	9	9	8	5
,, 10 ,, ...	4	3	17	12	12	21	11	4	10	10	7	4
ponad 10 ,, ...	5	2	19	23	18	10	9	3	10	6	8	3
od dzieciństwa	1	2	22	27	19	21	15	10	15	22	5	7
niewiadomy	9	7	6	8	7	7	8	5	4	5	3	4
nie byli psych. chor.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
razem .	61	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

7. DZIEDZICZNOŚĆ CHOROBY STWIERDZONO w roku 1919 = 30%, 1920 = 31%, 1921 = 33%, 1922 = 27%, 1923 = 33%, 1924 = 32%

8. Z KODEKSEM KARNYM BYŁO W KOLIZJI w r. 1919 = 4 mężczyzn, 1920 = 7 mężczyzn i 6 kobiet, 1921 = 19 mężczyzn i 2 kobiety, 1922 = 4 mężezyzn i 2 kobiety, 1923 = 7 mężczyzn i 2 kobiety.

Celem obserwacji psychjatryczno-sądowej w sprawach karnych: w roku 1919 było = 3 mężczyzn i 3 kobiety, 1920 = 12 mężczyzn i 7 kobiet, 1921 = 10 mężczyzn i 2 kobiety, 1922 = 16 mężczyzn i 3 kobiety, 1923 = 10 mężczyzn i 5 kobiet, 1924 = 8 mężczyzn i 1 kobietę.

Statystyką niniejszą nie są objęte przypadki w sprawach cywilnych i orzeczeń biegłych na terminach.

9 CZAS POBYTU w ZAKŁADZIE.

Stan zwolnienia w roku 1919.

do lat	do miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objaw chorób psych. m.	bez objaw chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
—	1	2	3	1	—	4	2	2	—	—	1	9	6
—	2	3	1	2	1	1	3	—	—	3	2	9	7
—	3	1	2	1	2	2	1	—	—	—	3	4	8
—	6	1	3	1	1	3	7	—	—	1	2	6	13
—	12	—	2	2	4	3	5	—	—	2	3	7	14
2	—	—	1	2	2	4	1	—	—	4	6	10	10
5	—	1	—	1	1	3	4	—	—	6	8	11	13
10	—	—	—	—	2	1	2	—	—	2	5	3	9
15	—	—	1	—	1	1	2	—	—	6	6	7	10
ponad 15	—	—	—	—	—	2	—	—	—	6	5	8	5
	razem	8	13	10	14	24	27	2	—	30	41	74	95

* z tych przeniesiono do innnych zakładów 3 mężczyzn i 3 kobiety.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1920.

do lat	do miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objaw. chorób psych. m.	bez objaw. chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
—	1	1	3	4	1	5	3	1	--	1	2	12	9
—	2	2	2	6	8	5	9	--	--	2	3	15	22
—	3	4	2	8	5	5	6	--	--	3	4	20	17
—	6	3	1	7	7	5	7	--	--	2	3	17	18
—	12	2	4	3	4	11	12	--	--	4	2	20	22
2	—	1	—	7	4	11	9	--	--	6	4	25	17
5	—	2	—	6	2	7	5	--	--	4	5	19	12
10	—	—	—	1	3	4	3	--	--	4	3	9	9
15	—	—	—	—	1	—	1	--	--	4	4	4	6
ponad 15	—	—	—	—	—	1	—	--	--	7	7	8	7
	razem	15	12	42	35	54	55	1	--	37	37	149	139

* z tych przeniesiono do innych zakładów 8 mężczyzn i 2 kobiety

Stan zwolnienia z zakładu w w roku 1921.

do lat	do miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objawów chorób psych. m.	bez objawów chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
--	1	1	2	10	2	5	7	--	2	7	2	23	15
--	2	2	4	6	8	7	5	--	--	2	2	17	19
--	3	1	4	11	5	6	4	--	--	2	5	20	18
--	6	1	2	6	10	6	4	--	--	10	5	23	21
--	12	1	2	4	5	5	5	--	--	7	19	17	31
2	--	--	2	3	5	4	3	--	--	7	5	14	15
5	--	--	--	1	2	2	1	--	--	8	4	11	7
10	--	--	--	1	--	2	1	--	--	--	5	3	6
15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	4	5	4	5
ponad 15	--	--	--	1	3	--	--	--	--	7	6	8	9
	razem	6	16	43	40	37	30	--	2	54	58	140	146

* z tych przeniesiono do innych zakładów 5 mężczyzn i 2 kobiety.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1922.

do lat	do miesięcy	wyleczenie m.	wyleczenie k.	polepszenie m.	polepszenie k.	niewyleczenie m.	niewyleczenie k.	bez objawów chorób psych. m.	bez objawów chorób psych. k.	zmarło m.	zmarło k.	razem m.	razem k.
--	1	--	1	5	1	7	4	--	--	--	1	12	7
--	2	3	--	5	6	14	7	--	--	4	3	26	16
--	3	2	1	2	9	9	7	--	--	1	2	14	19
--	6	1	--	10	3	9	7	1	--	3	5	24	15
--	12	1	--	4	5	7	6	--	--	10	5	22	16
2	--	--	--	5	2	6	4	1	--	10	15	22	21
5	--	--	--	--	1	2	1	1	--	4	5	7	7
10	--	--	--	1	--	--	1	--	--	3	4	4	5
15	--	--	--	--	--	2	--	--	--	2	1	4	1
ponad 15	--	--	--	2	--	1	1	--	--	5	3	8	4
	razem	7	2	34	27	57	38	3	--	42	44	143	111

* z tych przeniesiono do innych zakładów 4 mężczyzn i 1 kobietę.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1923

do		wyleczenie		polepszenie		niewyleczenie		bez objawów chorób psych.		zmarło		razem	
lat	miesięcy	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
—	1	2	—	—	2	7	4	—	—	2	3	11	9
—	2	1	1	1	5	7	—	—	—	4	2	13	8
—	3	—	—	1	4	4	3	—	—	1	—	6	7
—	6	—	—	6	5	5	2	—	—	2	2	13	9
—	12	3	—	10	3	4	2	—	—	1	6	18	11
2	—	1	1	4	1	5	6	—	—	4	7	14	15
5	—	1	—	1	3	14	14	—	—	7	9	23	26
10	—	—	—	—	3	3	1	—	—	3	3	6	7
15	—	—	—	1	—	1	1	—	—	1	1	3	2
ponad 15	—	—	—	—	—	1	3	—	—	2	2	3	5
	razem	8	2	24	26	51	36	—	—	27	35	110	99

*) z tych przeniesiono do innych zakładów 29 mężczyzn i 20 kobiet.

Stan zwolnienia z zakładu w roku 1924

do		wyleczenie		polepszenie		niewylecz.		bez objawów chorób psych.		zmarło		razem	
lat	miesięcy	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k
—	1	2	—	5	2	5	3	—	--	3	2	15	7
—	2	3	1	1	3	5	4	1	--	--	1	10	9
—	3	1	1	1	3	2	3	—	--	2	2	6	9
—	6	5	2	5	9	3	3	1	--	7	8	21	24
—	12	1	—	5	7	2	5	—	1	6	7	14	20
2	—	2	1	2	3	5	2	—	--	11	4	20	10
5	—	1	—	4	8	10	14	—	1	7	5	22	28
10	—	1	—	—	1	—	—	—	--	--	1	1	2
15	—	—	—	—	—	—	—	—	--	1	1	1	1
ponad 15	—	—	—	3	1	2	—	—	--	1	1	6	2
	razem	16	5	26	37	34	34	2	2	38	32	110	110

*) z tych przzniesiono do innych zakładów 8 mężczyzn i 16 kobiet

10.

POSTACIE CHOROBOWE u pacjentów nowo przybyłych.

	1919		1920		1921		1922		1923		1924	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
dementia paral. p.	10	2	14	2	16	2	15	3	20	1	12	1
tabo paral.	1	--	1	1	2	--	2	--	--	1	1	--
lues cerebri	1	--	1	1	1	1	1	--	1	1	4	2
lues cerebro-spinal.	--	--	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--
dementia senilis	2	5	4	7	7	7	2	3	2	1	1	3
psych. arterioscler.	--	--	--	1	2	8	4	3	3	3	2	1
paranoia	1	1	4	9	9	17	5	3	--	2	2	2
paraphrenia	--	--	2	3	14	7	2	1	7	2	4	1
schisophrenia	15	12	28	39	24	49	17	12	13	17	9	6
katatonia	2	4	3	8	10	20	14	6	7	6	3	2
psych. maniac. depr.	10	11	13	17	14	13	12	13	10	18	5	17
melancholia	5	5	3	9	7	10	3	14	2	14	2	9
oligophrenia: debilitas	--	1	5	4	3	3	13	1	8	11	4	4
oligophrenia: imbecillitas	1	6	8	13	12	9	7	2	5	8	3	2
oligophrenia: idiotia	--	--	21	24	32	20	3	--	7	14	7	2
moral. insan.	--	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--
encephal. chron.	--	--	--	1	2	1	3	--	1	--	1	--
encephal. letharg.	--	--	--	--	--	--	1	1	8	2	6	3
amentia	3	2	1	7	3	4	1	6	--	7	--	11
psych. infect.	--	1	1	--	1	2	1	2	1	2	4	1
epilepsia	5	1	17	21	11	11	14	5	18	7	7	5
psychopatia	--	--	2	4	3	2	5	1	2	--	5	5
neurasthenia	--	--	8	7	4	2	2	--	--	--	--	--
histerja	2	2	7	5	5	5	5	5	1	6	--	4
psych. react.	--	--	3	1	4	2	3	2	1	1	4	4
morphinismus	--	--	--	--	1	1	2	--	2	1	3	--
alcoholismus	2	1	7	--	8	--	9	--	7	--	7	--
opiophagia	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1
morbi organ.	1	--	1	2	4	7	4	2	5	4	1	2
morbns Wilsoni	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	1
morbus Huntingthoni	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--
syndroma strio-thalam.	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--
sclerosis multipl.	--	--	--	--	--	--	--	--	1	1	--	--
paral. cerobri infant.	--	--	1	--	1	--	--	--	1	--	1	--
morbus Basedowi	--	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--	--
sine signo	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--
razem	61	54	158	186	201	204	153	85	136	130	98	88

11. PRZYCZYNY ŚMIERCI

	1919		1920		1921		1922		1923		1924	
	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k	m	k
paralysis progressiva	2	.	7	.	12	.	.	.	6	.	5	.
tabo-paralysis	.	1	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.
lues cerebri	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
arteriosclerosis cerebri	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
apoplexia	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.
tumor cerebri	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.
fractura basis cranii	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
meningitis	.	.	1	.	.	.	.	1	.	,	.	.
morbus Wilsoni	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.
morbus Huntingtoni	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
epilesia	.	1	1	4	2	6	3	5	.	.	.	.
katatonia	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	.
marasmus senilis	2	4	2	3	.	5	7	5	.	1	5	6
debilitas cordis	9	22	3	7	18	25	8	16	7	14	14	16
vitium cordis decompensata	.	.	1	.	.	1	.	.	.	1	1	1
myocarditis	.	.	.	.	.	:	.	.	.	.	1	.
arteriosclerosis	.	.	.	.	4	.	.	.	.	.	.	.
t. b. c. pulmanum	14	12	17	15	10	11	7	9	10	13	8	7
phthisis pulmonum et intest.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.
tuberculosis miliaris	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
enteroch. tuberculosa	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.
t. b. c. laryngis	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.
t. b. c. ossis	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.
pneumonia croup.	2	1	3	2	1	2	2	1	.	1	1	.
oedema pulmonoum	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.
asthma bronchial.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.
pleuritis	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1
influenza	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
nephritis	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.	.
carcinoma	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
anaemia perniciosa	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
inanitio	.	.	.	3	3	5	4	4	.	3	.	.
phlegmona	1	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.
erisipeles	.	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	.
razem	30	41	37	37	54	58	42	44	27	35	38	32

12. ŚMIERTELNOŚĆ PACJENTÓW WEDŁUG PŁCI I MIESIĘCY.

	1919		1920		1921		1922		1923		1924	
	m		k		m		k		m		k	
Styczeń	4	1	2	3	4	5	3	12	2	5	4	2
Luty	4	8	4	5	3	6	6	8	-	3	6	2
Marzec	3	2	3	4	7	5	3	4	1	3	10	5
Kwleeień	2	3	5	3	4	6	5	2	4	6	1	6
Maj	-	7	3	-	4	6	2	5	7	3	2	3
Czerwiec	2	3	1	2	8	7	2	2	4	1	2	3
Lipiec	2	5	1	3	4	2	5	2	1	3	2	2
Sierpień	2	5	4	3	3	3	4	4	2	2	2	5
Wrzesień	2	1	3	3	6	7	6	-	2	1	2	1
Październik	3	1	3	1	2	2	1	-	2	3	3	1
Listopad	2	4	3	5	1	4	4	3	1	3	2	2
Grudzień	4	1	5	5	8	5	1	2	1	2	2	-
	30	41	37	37	54	58	42	44	27	35	38	32

IV. GOSPODARSTWO ROLNE

Sprawozdanie niniejsze folwarku Dziekanka obejmuje pięcioletni czasokres od 1. 7. 19 do 30. 6. 1924.

ROLNICTWO. Obszar folwarczny obejmuje:

8 1932	ha terenu, zabudowań dróg i wody
2 2080	ha ogrodu
115 8589	ha ornej roli .
4 8861	ha łąki
2 0646	ha nieurodzaju
razem 133 2108	ha.

W gospodarstwie folwarcznem pracowali następujący deputanci: włódarz, szwajcar i stróż. W roku 1920 zatrudniano 4 fornali i 20 najemników, w 1921 roku 3 fornali i 10 najemników, w następnych 3 latach po 2 fornali i 7 najemników z rocznym kontraktem. Deputanci oprócz gotówki wynoszącej dla włodarza i szwajcara po 100 zł., dla fornali po 90 zł., dla stróża 80 zł. rocznie, pobierali następujący deputat: po 20 ctr. żyta, 6 ctr. pszenicy, 6 ctr. jęczmienia, 60 ctr. perek, 30 ctr. węgli, 8 mtr. drzewa opałowego, 3½ litr. mleka dziennie i 1 mordze roli. Ilość najemników, którym płacono dziennie 1,50 zł., zredukowano do 7 osób. Redukcja nastąpiła na rozporządzenie p. Dyrektora zakładu Dr. med. Dr. fil. Piotrowskiego, który zarazem wyznaczył większą liczbę pacjentów zakładu do pracy na folwarku. Za prace te folwark płacił zakładowi roczny ryczałt w kwocie 1000 zł., w roku 1923/24 2000 zł. Deputantów i najemników używano tylko do oprzętu bydła. Folwark był rewidowany przez p. Starostę Krajowego, przez p. Dyrektora zakładu oraz przez urzędników Starostwa Krajowego. W styczniu 1923 r. włóczęga jakiś wzniecił pożar stoga słomy, który jednakże został zlokalizowany przez straż pożarną Dziekanki, składającą się z personału zakładowego. Przy gaszeniu pożaru pomagali doraźnie liczni pacjenci zakładu. Straż pożarna zakładowa przy tej sposobności dała dowody swojej sprawności.

BUDYNKI. Budynki gospodarcze, murowane i znajdujące się w dobrym stanie, były zabezpieczone od ognia w Krajowej Ubezpieczalni na kwotę 64 000 zł. za opłatą 70 zł. 80 gr., żywy inwentarz na 95 000 zł. za opłatą 94 zł. 75 gr. premji. Na remont budynków wydano w roku 1920 = 1813 zł. 66 gr., w roku 1921 = 2958 zł. 51 gr., w roku 1922 = 2 100 zł., w roku 1923 = 2 200 zł. a w roku 1924 = 2 100 zł. i 72 grosze.

ZBIORY. OGÓLNY ZBIÓR WYNOSI z OBSIANYCH GRUNTÓW.

Wyszczególnienie	w roku 1920 kg.	1921 kg.	1922 kg.	1923 kg.	1924 kg.	UWAGI razem kg.
Pszennica	4000	3000	3000	6000	12000	27000 kg.
Żyto	50939	50541	64425	55000	52400	273305 „
Jęczmień	26300	28000	13050	13500	16200	97050 „
Owies	10000	30660	34451	39000	54600	168711 „
Perki	118000	180900	100895	400000	315000	1114795 „
Buraki cukr.	92851	200350	93325	169300	134825	690651 „
„ past.	66300	90000	100000	30000	50000	336300 „
Mieszanka	9695	—	18350	3950	5500	37495 „
razem	378085	582451	427496	716750	640525	2745307 kg.

DOCHÓD. (BRUTTO) z GOSPODARSTWA ROLNEGO WYNOSI:

Wyszczególnienie	w roku 1920 zł	gr	1921 zł	gr	1922 zł	gr	1923 zł	gr	1924 zł	gr
a) Wartość zboża . . .	34483	75	41878	42	31126	50	47354	50	48728	—
b) Za zaprzęgi i zwózkę węgli .	830	—	825	—	6500	—	4500	—	4018	16
c) Za dzierżawę . . .	60	—	62	—	54	—	—	—	—	—
d) Różne nieprzewidziane wpływy	90	25	257	—	—	—	50	—	52	48
razem	35464	—	43022	42	37680	50	51904	50	52798	64

ROZCHÓD.

Wyszczególnienie	w roku 1920 zł	gr	1921 zł	gr	1922 zł	gr	1923 zł	gr	1924 zł	gr
a) Wartość wysiewu . . .	4815	40	4352	03	3355	—	6872	50	4304	—
b) Zakupione nasienie . .	2255	60	2493	78	3510	—	2680	—	2108	—
c) Sztuczne nawozy . . .	6707	91	4775	43	4000	—	2000	—	2045	—
d) Pensje i zasługi . . .	8623	54	7728	54	6000	—	6000	—	6000	—
e) Wartość deputatu . . .	2100	86	2100	86	2860	—	3475	—	3475	—
f) „ mleka . . .	1154	50	1154	50	1642	—	1642	—	1642	—
g) „ przez pacjent. zakładu wykon. prace . . .	1000	—	1000	—	1000	—	1000	—	2000	—
h) Za młockę (parówkę) . .	696	90	627	75	950	48	1018	80	990	—
i) Opał do młócki . . .	229	63	186	55	298	62	315	50	225	85
k) Wartość zapasów z poprzedniego roku	136	70	786	65	35	—	35	—	120	—
l) Wartość węgli i drzewa dla deputantów	1260	—	1080	—	900	—	900	—	900	—
m) Za dzierżawę . . .	—	—	700	—	700	—	700	—	700	—
n) Strata na wadze przez czyszczenie i wyschnięcie . . .	250	08	360	85	172	20	290	—	189	95
razem	29231	12	27346	94	25423	30	26928	80	24699	80

INWENTARZ ŻYWY.

Jako inwentarze pociągowe utrzymywano 17 koni

ROGACIZNA.

W $19^{19}/_{20}$ r. wskutek niedostatecznej wojennej paszy wydajność mleka była bardzo niska, tak że na krowę przypadają =4 litr.

W $19^{20}/_{21}$ r. Przy racjonalnem odżywianiu bydła wzrosła wydajność przeszło o 50%, wobec tego przypadają przeciętnie dziennie na krowę = 6 litr.

W $19^{21}/_{22}$ r. Z powodu zarazy płucnej wyprzedano bydło

W $19^{22}/_{23}$ r. Dokupiono 14 krów; wydajność mleka była zadowalniająca ,tak że na krowę przypadają = 7½ litr.

W $19^{23}/_{24}$ r. Wynik wydajności mleka w stosunku do ub. roku pozostaje niezmieniony =7½ litr.

NIEROGACIZNA.

W $19^{19}/_{20}$ r. Według urzędowego stwierdzenia powstała pomiędzy nierogacizną zaraza chlewna, wobec tego musiano pozostałe świnie i prosięta usunąć tj. zdatne na ubój oddać zakładowi a prosięta wyprzedać.

W $19^{20}/_{21}$ r. Przystąpiono do odkażania (desinfekcjonowania) świniarni, położenia nowej podłogi oraz szczepiania nowo kupionym świniom surowicy

W $19^{21}/_{22}$ r. Stan świniarni zmienił się dodatnio.

OWCE. Owce pasły się przeważnie na koniczynie i ścierniskach, a tylko zimą pozostawały w oborze na suchej paszy, przez co koszta utrzymania ich są niskie.

BILANS ŻYWEGO INWENTARZA

Wyszczególnienie	w roku									
	$19^{19}/_{20}$		$19^{20}/_{21}$		$19^{21}/_{22}$		$19^{22}/_{23}$		$19^{23}/_{24}$	
	zł	gr	zł	gr	zl	gr	zł	gr	zł	gr
A. Dochód										
a) Inwentarz pociągowy	7825	—	800	—	8100	—	6700	—	6750	—
b) Bydło rogate	19992	—	21526	—	16682	—	20138	—	21018	—
c) Nierogacizna	4580	—	1830	—	3850	—	2670	—	6730	—
o) Owce	2125	—	1848	—	710	—	975	—	1400	—
e) Drób	901	—	624	—	803	—	1095	—	945	—
f) Różne	100	—	40	—	65	—	80	—	100	—
razem	35523	—	33868	—	30210	—	31658	—	36943	—
B. Rozchód										
a) Inwentarz pociągowy	13182	—	12760	—	17200	—	15012	—	17806	—
b) Bydło rogate	16117	—	15658	—	14673	—	14327	—	15704	—
c) Nierogacizna	8336	—	2219	—	4364	—	2310	—	5907	—
d) Owce	1950	—	2274	—	885	—	816	—	1568	—
e) Drób	503	—	703	—	622	—	741	—	758	—
f) Różne	300	—	117	30	206	60	189	93	284	25
razem	40388	—	33731	30	37950	60	33395	93	42027	25

OGÓLNY BILANS.

Wyszczególnienie	w roku 19¹⁹/₂₀ zł	gr	19²⁰/₂₁ zł	gr	19²¹/₂₂ zł	gr	19²²/₂₃ zł	gr	19²³/₂₄ zł	gr
A. Dochody.										
Zbiory z gospodarstwa rolnego .	35464	—	43022	42	37680	50	51904	50	52798	64
Żywe inwentarze . . .	35523	—	33868	—	30210	—	31658	—	36943	—
Martwe inwentarze . . .	80	98	—	—	—	—	23	43	2000	—
razem	71067	98	76890	42	67890	50	83585	93	91741	64
B. Rozchody.										
Remont budynków . . .	1813	66	2958	51	2100	–	2200	—	2100	72
Zbiory z gospodarstwa rolnego .	29231	12	27346	94	25423	30	26928	08	24699	80
Żywe inwentarze . . .	40388	–	33731	30	37950	60	33395	93	42027	25
Martwe inwentarze . . .	—	—	563	29	90	82	–	–	—	–
Remont martwych inwentarzy .	2518	–	3040	98	1950	—	2230	62	3100	–
Inne wydatki	2723	74	1333	79	917	36	2277	19	2280	78
razem	76674	52	68974	81	68432	08	67032	54	74208	55
W przeciwstawieniu pod A. Dochodów	71067	98	76890	42	67890	50	83585	93	91741	64
zysk	—		7915	61	—	–	16553	39	17533	09
strata	5606	54	—	—	541	58	—	—	—	—

V. SPRAWOZDANIE ADMINISTRACYJNE ZA R. 1924.

KRAJOWEGO ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO DZIEKANKA.

1. POŁOŻENIE. Powiat Gniezno, poczta Gniezno, Stacja Kolejowa Gniezno. Odległość od poczty 1,5 km. od stacji kolejowej 2 klm.

2. NIERUCHOMOŚĆ. Zakład obejmuje obszar (włącznie 8 5810 ha roli dzierżawnej) 160 356.2 ha, w czem:

a) roli uprawnej	128 339,9	ha
b) łąki	4 886,1	ha
c) ogrodów i parków	18 035,85	ha
d) dziedzińców i dróg	3 791,9	ha
e) pastwisk	2 064,6	ha
f) cmentarzy	1 150,0	ha
g) przestrzeni zabudowanej	2 087,85	ha
	160 356,2	ha

Teren ten stanowi 2 osobne jednostki gospodarsze (zakład i folwark) i tworzy samoistny obszar dworski.

Po wyłączeniu gospodarstwa rolnego, które obejmuje 133,210,8 ha, przypada na obszar zakładu 27,145,4 ha. W tem jest:

a) pola irygacyjnego	4 800,0 ha
b) ogrodów i parków	15 827,85 ha
c) dziedzinców i dróg	3 791,90 ha
d) przestrzeni zakładowej	1 575,65 ha
e) cmentarzy	1 150,0 ha
	27 145,4 ha

3. POJEMNOŚĆ. Zakład, w roku 1924 dawał pomieszczenie 802 pajcentom.

4. PERSONAŁ. Etatowych (ustalonych) było lekarzy 2; urzędników administ. 2; rzemieślników 4; pielęgniarzy 21; służby 2.

Klasyfikowanych było lekarzy 2; urzędników adminstr. 1; pomocników biurowych 2; rzemieślników 2; pielęgniarzy 8; służby 4.

Kontraktowych było lekarzy i prakt. 3; pomocników biur. 2; rzemieślników 3; piel. posług. 58; służby 13, oraz ponadto pobocznych: 3 duszpasterzy, 1 organista kat. i 1 organista ew. Ogółem zatrudniał zakład (etatowych, klasyfikowanych i kontraktowych) 129 osób.

Z pośród osób zatrudnionych w zakładzie w dniu 31. grudnia 1924 r. pełniło służbę przez

lat	w Zakładzie etatow.	w Zakładzie klasyfikow.	w Zakładzie kontraktowych	w służbie krajowej etatow.	w służbie krajowej klasyfikow.	w służbie krajowej kontraktowych
do 1 roku	—	1	29	1	—	2
1—2	—	—	12	—	—	1
2—5	14	8	29	1	—	—
5—10	2	5	4	—	—	3
ponad 10 lat	17	5	1	13	2	—

OPIEKA DUCHOWNA. Duszpastertswo sprawowali ks. dziekan Zabłocki, pastor Heyse i rabin Dr. Kraus. Nabożeństwa katolickie i ewangelickie odbywały się w kaplicy zakładowej co 14 dni, dla żydów 1 raz w miesiącu. Pacjenci przystępowali do sakramentów św., o ile stan psychiczny i potrzeba tego wymagały.

5. DYSCYPLINA. Zarządzeniami Dyrekcji wymierzono w roku 1924 5 osobom 6 kar porządkowych i rozp. p. Starosty Krajowego z dnia 2. 6. 24 L. dzk. 1463/24 16 osobom 16 kar porządkowych.

6. BIEG CZYNNOŚCI. Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normuje ogólnie regulamin dla zakładu z dnia 5. 3. 1895, przepisy służby wewnętrznej z dnia 2. 3. 97, przepisy dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 01 z zał. A. B. C. — instrukcja z dnia 2. 3. 1897, instrukcja dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901, zarządzenie Starstwa Krajowego z dnia 23. 7. 1923 L. dzk. 5856/23 — 8 i z dnia 23. 7. 1923 L. dzk. 1671 23. — 8 w przedmiocie zmiany opłaty za pacjentów w Krajowych Zakładach Psychjatrycznych, z dnia 24. 3. 1923 r. L. dzk. 777/23 — 1 w przedmiocie zmiany przepisów o poborach urzędników etatowych Starostwa Krajowego z dnia 12. 5. 1923 L. dzk. 14—311/23 w przedmiocie ważności kwitu pocztowego, z dnia 23. 7. 2223/23 — 1 w przedmiocie przeliczania kredytów

przewidzianych w budżecie na złote polskie, z dnia 18. 8. 1923 L. dzk. 2498/23 — 1 w przedmiocie księgowania złotych polskich, z dnia 8. 3. 1923 L. dzk. 1057/23 — 1 w przedmiocie poświadczeń rachunków, z dn. 14. 5. 1923 L. dzk. 1604/23 — 1 w przedmiocie wypłacania urzędnikom krajowym poborów. Przepisy te zostały w ciągu roku sprawozdawczego uzupełnione rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 7. 2. 24 L. dzk. 873/24 — 8 w przedmiocie oddania ubrania zwolnionym pacjentom, z dnia 3 11. 24 L. dzk. 8937/24 — 8 w przedmiocie przyjmowania inwalidów, z dnia 21. 2. 24 L. dzk. 826/24 — 1, z dnia 16. 4. 24 L. dzk. 2188/24 — 1, z dnia 24. 6. 24 L. dzk. 3779 24 — 1 w przedmiocie budżetu zakładowego, z dnia 2. 1. 24 L. dzk. 2499 23 — 3, z dnia 4. 1. 24 L. dzk. 1 24 — 3, z dnia 4. 1. 24. L. dzk. 2 24., z dnia 8. 1. 24. L. dzk. 227 24 — 3, z dnia 12. 1. 24 L. dzk. 51 24 — 3 z dnia 8. 8. 2. 24 L. dzienik. 142 24 — 3, z dnia 28. 2. 24 L. dzienik. 286 24 — 3, z dnia 27. 2. 24 L. dzk. 276 24 — 3, z dnia 17. 3. 24 L.dzk. 2231 24 — 3, z dnia 24. 4. 24 L. dzk. 3478 24 — 8 z dnia 14. 5. 24 L. dzk. 3988 24 — 8, z dnia 3. 9. 24 L. dzk. 1216 24 — 3, zdnia 3. 9. 24 L. dzk. 1215 24 — 3, z dnia 12. 9. 24 L. dzk. 1240 24 — 3, w przedmiocie likwidowania kosztów pielęgnacji, z dnia 7. 2. 24 L. dzk. 517 24 — osob. w przedmiocie zaokrąglania poborów urzędników z dnia 15. 2. 24 L. dzk. 767 24 —1 w przedmiocie księgowania dochodów i rozchodów z dnia 14. 10. 24 L. dzk. 6669 24 — 1 w przedmiocie zamknięć kasowych z dnia 21. 2. 24 L. dzk. 982 24 — 1, z dnia 8. 4. 24 L. dzk. 1967 24 — 1 w przedmiocie urlopów dla urzędników, z dnia 2. 8. 24 L. dzk. 5221 24 — 1 w przedmiocie zatrudnienia urzędników niemców niewładających językiem polskim, z dnia 9. 2. 24 L. dzk. 14 — 74 24 w przedmiocie stawiania kaucji przez urzędników, z dnia 27. 2. 24 L. dzk. 1061 24 w przedmiocie nieprzyjmowania wniosków pisanych w niemieckim języku.

W okresie od 1. 1. 24 — 31. 12. 24 zakład otrzymał wpływów 5781 nowych; 27 niezałatowionych w roku 1923, to jest razem: 5808; z tego załatwił w rku 1924 5774 a przeniósł na rok 1925 34.

Według przepisów obowiązujących, w roku 1924 zakałd przedkładał perjodycznych sprawozdań: miesięcznych 5, rocznych 1.

Urzędowanie opierało się na 21 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało 3 urzędników biurowych, 4 kancelaryjnych.

7. NABYTKI. a) Urządzenie kuchenne: Zakupiono 4 duże garnki kamienne do nakładania owoców, 1 garnek żelazny, 1 imbryk, 8 tarek, 3 tasaki, 2 miski, 60 noży do jarzyny, 71 noży do strugania perek, 60 wiader, 16 nabierek, 140 talerzy, 100 filiżanek, 100 podstawków.

b) urządzenie hygjeniczne. Na czyszczenie bielizny i oddziałów, na kąpanie i mycie chorych zużyto mydła 826,5 kg.

c) urządzenie wychowawcze. Zakupiono 42 książki dla bibljoteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet, zakupiono 2 talje kart do gry, zakupiono 1 piłkę nożną.

d) pomoce naukowe. Zakupiono 24 książki dla bibljoteki lekarskiej i 3 książki dla bibljoteki administracyjnej.

8. OPAŁ, ŚWIATŁO I WODA. W roku sprawozdawczym zużyto: a) opału 35,423,0 centnarów, — do palenia w kuchni, pralni przez cały rok oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51 493 kbm. w czasie zimowym od 1. stycznia do 31. grudnia 1924 r. przyczem utrzymywano temperaturę 16^0 — 17^0 C. b) światła 138,250 kilowatów; oświetlano 730 ubikacji o ogólnej pojemności 89 926 kbm. przez 12 miesięcy, dziennie przeciętnie 11 godzin. Prócz tego oświetlano drogi, wejścia przed budynkami zamieszkałymi i place zakładowe. c) wody 109,500 kbm.

9) WYŻYWIENIE. Na przeciętną dzienną porcję dla jednego pacjenta z klasy ubogich, wziętą z jednego tygodnia, składało się:

makoronu 18,6 gr	mięsa 57,2 gr	ziemniaków 857,7 gr	jarzyny 228,6 gr	okrasy 11,5 gr	mąki żytn 38,6 gr
kaszki 35 gr	mleka 0,3,4 l	kiszki kasz. 10 gr	grochu 13,6 gr	pęczaku 24,2 gr	kawy 20 gr
cukru 30 gr	chleba 660 gr	smalcu 20 gr	marmelady 5 gr	margaryny 11,4 gr	śledzi 1 szt.

Wartość porcji dziennej w kalorjach, obliczonych jako przeciętna z pokarmu podanego w tygodniu, wynosiła 3959,3 kalorji.

Porcja przeciętna dzienna zawierała kalorji:

w roku 1923 = 3571

w roku 1924 = 3959,3

różnica = 388, 3 in plus w r. 1924, minimum konieczne wynosi dla nieczynnego leżącego słabego pacjenta 2100 — 2800 kalorji.

Opłatę za utrzymanie dzienne w ciągu roku sprawozdawczego zmieniano, zależnie od wahań waluty; wynosiła ona dla pacjentów ubogich od 1. 1. — 29. 2. po 1,50 zł., od 1. 3. — 30. 6. 24 po 2 zł., od 1. 7. do 31. 12. 24 po 1,75 zł.

10. REWIZJE I WIZYTACJE. W roku sprawozdawczym odbywały się rewizje przez p. wyższego radcę krajowego Hahna i przez rewizorów kasowych p. wyższego radcę rachunkowości Arndta i radcę rachunkowości p. Kinowskiego. Pan wyższy radca krajowy Hahn rewidował zakład raz w r., p. Arndt raz, radca rachunkowości Kinowski dwa razy.

Wizytacji zakładu odbyło się w ciągu roku sprawozdawczego 3.

Wykonali je pan Starosta Krajowy Begale raz, pan wyższy radca krajowy Hahn raz i pan wyższy radca krajowy Grabowski raz.

SPRAWOZDANIE KASOWE.

DZIAŁ	OKREŚLENIE DZIAŁÓW 1919 1920	1921	1922	1923	1924
	Dochód				
I	Zwrot kosztów za utrzymanie i przyodziewanie chorych	I	I	I	I
II	Z gospodarstwa ogrodowego			II	II
III	Zarobki za prace pacjentów na folwarku (za pomieszkania i ogrody urzędników 1921 i 1922	III	III	III	III
IV	Nadwyżka z gospodarstwa rolnego . . .	II	II	IV	IV
V	Ze sprzedaży odpadków kuchennych i t. d. .			V	V
VII	Różne	IV	IV	VII	VII
	Ogółem . .				
	Wydatki				
I	Emerytury	I	I	I	I
II	Pobory	II	II		II
III	Remuneracja				
IV	Zasługi				
V	Odżywianie i odzież służbowa personału .	V	III	II	III
VI	Podróże służbowe i informacyjne . . .	VI	IV	III	IV
VII	Na nadzwyczajne zapomogi	VII	V	IV	V
VIII	Odżywianie pacjentów	VIII	VI	V	VI
IX	Przyodziewanie			VI	VII
X	Czyszczenie			VII	VIII
XI	Lekarstwo i t. p.			VIII	IX
XII	Psychiczne środki lecznicze			IX	X
XIII	Duszpasterstwo			X	XI
XIV	Koszty pogrzebu			XI	XII
XV	Budynki, maszyny i uzupełnienia budowlane .	IX	VII	XII i XII	XIII
XVI	Wymiatanie kominów			XIV	XIV
XVII	Opał i oświetlenie	X	VIII	XV	XV
XVIII	Utrzymanie ogrodów zakładowych . . .	XI	IX	XVI	XVI
XIX	Utrzymanie i uzupełnienie inwentarza . .	XII	X	XVII	XVII
XX	Koszty administracyjne	XIII	XI	XVIII	XVIII
XXI	Biblioteka lekarska	XIV	XII	XIX	XIX
XXII	Podatki i ubezpieczenia	XV	XIII	XX	XX
XXIII	Różne	XVI	XIV	XXI	XXI
XXIV	Na pokrycie ewentualnych niedoborów . .				
	Ogółem . .				
	Własne dochody wynosiły				
	zatem potrzebna była dopłata krajowa (dział VI)				

1919		1920		1921		1922		1923		1924	
mk	f.	mk	f.	mk	f.	mk	f.	mk	f.	zł	gr
475.465	56	3.609.685	92	32.538.219	31	166.180.923	32	30.430.127.057	18	433.125	32
11.783	08							719.971.048	—	7.233	94
1.000	—	1.000	—	19.587	80	27.656	—	132.039.570	—	2.000	—
		105.583	27	4.013.487	97	1.717.898	50	2.759.588.285	65	228	90
890	90	900						140.838.570	—	754	98
121.730	19	1.263.438	63	2.719.554	04	8.184.892	78	421.463.086	53	13.236	96
610.869	73	4.980.607	82	39.290.849	12	176.111.370	60	34.604.027.617	36	456.580	10
12.409	—	3.960	—	4.455	—	914.523	—	5.994.031.072	40	3.088	52
187.737	87	1.183.393	89	5.917.785	—	67.157.826	50			168.940	49
76.985	28	682.795	08	2.247.572	80						
9.057	90	71.950	82	252.797	—						
1.878	50			175.000	—			2.225.531.091	—	15.893	12
494	29	1.544	—	23.594	—	148.572	—	16.855.691	—	555	01
557	70	880	—	1.000	—	8.000	—			50	—
494.814	42	3.230.453	52	27.140.326	—	139.441.735	84	19.403.432.352	—	159.629	14
6.040	62	17.988	50					408.386.210	—	72.648	
4.172	40	26.725	85					89.669.645	—	4.282	70
8.540	48	25.566	35					59.366.567	60	2.094	79
2.203	79	11.434	57					73.370.335	—	1.248	37
2.273	75	2.542	70					23.786.467	—	1.256	69
46.022	37	369.133	53	7.601.331	56	58.905.156	59	1.407.297.262	05	36.026	97
583	33	975	—					18.022.053	—	986	20
264.279	56	1.533.098	39	8.340.816	62	52.188.068	20	778.364.567	62	62.561	34
1.404	95	4.315	70	od 470	—	94.940	—	25.022.610	—	1.608	05
7.977	64	30.366	90	9.380	—	606.625	—	723.228.677	—	16.026	37
2.711	53	33.838	35	81.357	32	413.472	41	78.308.018	—	2.952	15
435	15	18.133	15	25.054	50	56.930	50	29.534.591	—	1.442	77
4.683	47	33.448	70	370.465	95	4.387.975	95	477.080.305	40	15.881	23
208.209	88	444.581	63	4.312.056	20	94.514	50	2.772.740.102	29	1.902	03
1.343.473	88	7.727.126	63	56.502.521	95	324.418.340	49	34.604.027.617	36	569.073	94
610.869	73	4.980.607	82	39.290.849	12	176.111.370	60	34.604.027.617	36	456.580	10
732.604	15	2.746.518	81	17.211.672	83	148.306.969	89	*)		112.493	84

*) W roku 1923 wynosił dochód własny bez dopłaty
krajowej . . . . 34.604.027.617.36 mk.
faktyczny rozchód wynosił . . . . 31.891.487.201,03 „
była nadwyżka z dochodów własnych . . . 2.712.540.416,33 „
którą odstawiono Głównej Kasie Krajowej w Poznaniu
i zapisano w rozchodzie działu XXI.

Na końcu roku pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów w kwocie . . . . . . 5.339.067.036, mk

Po uregulowaniu zaległości wynosiła by nadwyżka . 8.051.607.452,33 mk.

Oprócz tego przyjęto na rok 1924 jako dochód materjał żywnościowy i opałowy równowartości . . 3.665.560.000, – mk.

ogółem nadwyżka dochodów nad rozchodem w r. 1923
wynosiła . . . . 11,717.167.452, 33 mk.

VI. LECZNICTWO PSYCHJATRYCZNE w DZIEKANCE.

W „Nowinach Psychjatrycznych" 1924 r. nr. 7 (Zeszyt Zjazdowy) ogłosiłem referat pod tytułem: „Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego", w którym podałem ujemnej krytyce sposoby lecznictwa psychjatrycznego ustalonego w ubiegłych 30 latach, stosowanego dziś jeszcze i polegającego na tem, że chorych trzyma się za kratami i murami, niespokojnych i niebezpiecznych izoluje się, pacjentów zaczepnych, skłonnych do wyładowań gwałtownych ubiera się w kaftany, maski, rękawice skórzane, przywiązuje do łóżka osiatkowanego. Z łagodniejszych metod postępowania wymieniłem następujące: przetrzymywanie chorych przez dłuższy okres czasu w łóżkach, kąpiel prolongowaną, zawijanie kocowe, zastrzykiwanie skopolaminy, morfiny itp., masowe rozdawanie środków chemicznych na uspokojenie i na sen, określiłem kraty, mury, izolatki jako cechy więzienia, a zawijanie kocowe i zastrzykiwanie skopolaminy jako kaftan gorszego gatunku, przetrzymywanie pacjentów dłuższy czas w łóżku jako łagodniejszy sposób izolowoania i odrzuciłem te metody postępowania jako nieracjonalne.

W Dziekance krat i izolatek, kaftanów, łóżek osiatkowanych itp. niema, mury znikają powoli ale konsekwentnie bez uszczerbku dla porządku w Zakładzie. Kąpieli prolongowanych i terapji chemicznej z dawniejszych wskazań psychjatrycznych używa się tylko wyjątkowo.

Główne filary lecznictwa stanowią: 1) treściwe, obfite odżywianie; 2) hygjena; 3) systematyczne wychowanie pacjentów do pracy (95 % pacjentów zatrudnionych w trzech rodzajach zajęcia: a) praca pożyteczna, b) zajęcie luksusowe, c) zatrudnienie nieproduktywne) i 4) psychoterapja.

Doświadczenie zebrane w praktyce szpitalnej ostatnich lat w Dziekance pokazało, że lecznictwo psychjatryczne może się bez całego szeregu tradycyjnych form postępowania, które przy dokładniejszem rozpatrzeniu okazały się jako mniej wartościowe i zbyteczne. Te formy leczenia zostały częściowo porzucone, częściowo zmodyfikowane.

Mimo zmian w lecznictwie psychjatrycznem Zakładu Dziekanka:

1) niepokój na oddziałach dla chorych niespokojnych nie jest większy niż dawniej; przeciwnie, chorzy zachowują się na ogół spokojniej niż w okresie panowania izolatek, kaftanów i terapji chemicznej,
2) bezsenność nie pojawia się częściej i nie jest więcej uporczywa i rozpowszechniona niż była przed 4 laty, kiedy prawie każdy pacjent na oddziale dla niespokojnych co wieczór dostawał obowiązkową dawkę na sen,
3) niema artefaktów, niema prawie zanieczyszczań i odleżyn,
4) niema samobójstw,
5) niema przypadków śmierci gwałtownej wskutek nieszczęśliwych wypadków,
6) Odsetka śmiertelności zmniejszyła się.

Referat ten pragnę w niektórych szczegółach uzupełnić kilkoma uwagami i ilustracjami.

Metodyczne leczenie pościelowe z przesłanek psychjatrycznych zostało w Dziekance w zasadzie zarzucone jako zbyteczne i bywa stosowane tylko wyjątkowo. Doświadczenie bowiem wykazało, że przetrzymywanie w łóżku pacjentów podnieconych nie uspakaja chorych, a zahamowanych osłabia. Najnowsze próby przeprowadzone na oddziałach dla niespokojnych nietylko potwierdziły słuszność tutejszego stanowiska terapeutycznego, ale nadto upewniły nas, że szematyczne leczenie metodą pościelową, praktykowane dawniej, wzmaga niepokój ruchowy i chałaśliwość chorych, którzy pobudzają się wzajemnie wrzaskiem, wymyślaniem, wyskakiwaniem z łóżek i lataniem po sali. Jest to zrozumiałem, jeżeli wstawimy się w położenie pacjenta fizycznie zdrowego, który bezczynne leżenie w łóżku musi odczuwać poprostu jako torturę. Natomiast spoczywanie w ubraniu na leżaku latem w ogrodzie, a zimą na werandzie, przynosi choremu ulgę i sprawia widoczną przyjemność.

Przy tej sposobności wypada zwrócić uwagę na szczegół następujący.

Przed 5 laty na salach zapełnionych chorymi leczonymi metodą pościelową można było spotkać autystów, na każdej sali po kilku, a nawet kilkunastu. W miarę rozwijanie się obecnego systemu leczniczego w Dziekance, ilość chorych autycznych zmniejszała się z każdym rokiem; obecnie autystów absolutnych w znaczeniu Bleulerowskiem w Dziekance prawie niema, a autystów parcjalnych tylko 3 kobiety, których autyzm stwierdzono dopiero po przeszukaniu oddziałów za autystami. Okazało się, że personał za mało zajmował się temi choremi.

Doświadczenie to nasuwa wniosek, że autyzmu, jakkolwiek wypływu chorobowego stanu psychicznego, nie należy uważać jako objaw rdzenny, lecz jako objaw wtórny, niekiedy nawet raczej jako artefakt.

W okresie leczenia pościelowego, pościel szybko niszczyła się, była podarta, zanieczyszczona, brudna, bo chorzy wylewali i rozrzucali pokarm, kobiety smarowały krwią, moczem, kałem, ślinami. Smarujące osoby dawniej zamykano, często nagie, w izolatkach, gdzie w odosobnieniu smarowały dalej pokrywając ściany, podłogę, własne ciało malowidłami z kału, wydając cuchnący zaduch w koło siebie.

Obrzydliwe te i niepożądane zjawiska znikły z chwilą zaprowadzenia leczenia bezpościelowego. Dzisiaj pościel jest cała, biała, czysta, nie zabrudzona i ulega tylko wskutek dłuższego używania zabrudzeniu zwykłemu, jak każda pościel używana w warunkach normalnych; niema już więcej smarowania krwią, moczem, kałem; niema też cuchnących ubikacji. Tak samo nie jeden stan podniecenia, niepokój ruchowy, niejedno wyładowanie gniewliwe, chałasowanie, mianowicie na oddziałach dla niespokojnych, okazały się przy ściślejszem badaniu nie jako właściwy przejaw chorobowy, lecz jako artefakt, jako skutek nieumiejętnego postępowania personału pielęgniarskiego, nieoględnego zarządzenia terapeutycznego lekarskiego lub jako produkt niekorzystnych warunków wewnętrznych oddziału. System stosowany w ostatnich latach doprowa-

dził do tego, że oddziały dla niespokojnych chorych prawie nie różnią się od oddziałów dla spokojnych. Pacjentów zdolnych do pracy zatrudnia się w odpowiedni sposób. Pozostają na oddziałach tylko chorzy chałaśliwy, drażliwi, agresywni; tych się segreguje na małe grupy, z których wybiera się jednostki niezadowolone, drażliwe, pieniacze, skłonne do wybuchów gniewliwych, pobudzających swojem niespokojnem zachowaniem otoczenie do chałasowania i umieszcza się je na oddziałach, gdzie znajdują się pacjenci otępiali, słabowici, obojętni. Tu chałaśliwy pieniacz żadnej szkody nie wyrządzi; gdy spostrzeże, że nie robi wrażenia na otoczeniu, uspakaja się i z czasem staje się nawet pożytecznym pomocnikiem pielęgniarza. Wyeliminowanie takiego niespokojnego osobnika z oddziału dla niespokojnych ma to znaczenie, że usunięta została przyczyna do zatargów. Agresywnych pacjentów rozmieszcza się w małych grupach na poszczególne sale, gdzie ich się zatrudnia odpowiedniemi robotami domowemi, a tych, którzy do sytsematycznego zajęcia nie są zdolni z jakichkolwiek powodów, albo którzy pracować nie chcą i są skłonni do wyładowań gwałtownych, nakłania się do gry footbalowej (Ryc. 32, 33); nietylko latem, ale także zimą, piłka skórzana zawsze leży w ogrodzie i każdej chwili może być używana. Zawsze znajdzie się ktoś do rzucania piłką, inny odpowiada i gra wnet, jest w biegu. Pielęgniarze mają zlecenie rozpoczynania gry footbalowej, gdy spostrzegą, że u pacjentów drażliwych niepokój się wzmaga. Również gra w kręgle jest skutecznym środkiem do uspokojenia chorych, wywołuje bowiem wesoły nastrój. Hałaśliwych krzykaczy, śpiewaków nakłania się do śpiewu zbiorowego.

Na oddziałach dla niespokojnych kobiet pielęgniarki mają obowiązek, podniecone chore z niepokojem ruchowym, skłonne do wyładowań motorycznych nakłaniać do tańcy figurowych (Ryc. 35), chałasujące pobudzać do śpiewu chóroowego.

Nazywamy ten sposób postępowania: systematycznem organizowaniem chałasu i niepokoju ruchowego. Chałas i niepokój ruchowy pozostają wprawdzie, ale przybierają estetyczniejszą formę, zatracają natomiast nieprzyjemne cechy chaosu. A więc, chaotyczne, żywiołowe, dzikie wyładowywania motoryczne organizujemy, nadając im odpowiedni kierunek przez pracę, grę (football, kręgle) taniec; krzyk zamienia się wtedy w śpiew zbiorowy. Jesteśmy jeszcze daleko od ideału, który nam przyświeca, ale już początki naszych zabiegów dały wyniki zadawalniające, albowiem dawniejsze oddziały dla niespokojnych znikněły; są dnie, w których na oddziałach dla niespokojnych panuje większy spokój niż w pracowniach, gdzie swobodny gwar ludzkich głosów napełnia powietrze.

Izolatka, kąpiel prolongowana, zastrzykanie skopolaminy, zawijanie kocowe w takich warunkach są zbyteczne.

Inny sposób uspokajania podnieconych chorych polega na tem, że lekarz wpływa perswazją na wyobraźnię chorego. Błędem jest mniemanie, że chory w ostrym okresie zaburzeń psychicznych nie jest przy-

stępny perswazjom. Doświadczenia zebrane w Dziekance świadczą inaczej. Wszelako nie zawsze i nie u każdego chorego działa perswazja na dłuższą metę, atoli czy skopolamina, nasennik lub kąpiel prolongowana i t. p. działają na dłuższy czas? środki te wywierają wpływ uspakajający tylko na kilka godzin. Tymczasem łagodna, cierpliwa perswazja ma często trwalszy skutek. Wprawdzie perswadowanie wymaga od lekarzy dużo cierpliwości, poświęcenia i indywidualnego traktowania chorych.

Poniżej przytoczone przykłady ilustrują wybitnie dodatni wpływ perswazji.

Pacjentka Z., b. zakonnica, wskutek omamów słuchowych miała urojenia, że ks. kardynał-prymas na nią czeka i ją woła. Chora z tego powodu była bardzo niespokojna, lamentowała głośno i domagała się natarczywie, ażeby ją wypuszczono do ks. arcybiskupa. Lekarzowi udało się uspokoić pacjentkę w ten prosty sposób, że jej wydał klucze i polecił szukać ks. arcybiskupa. Chora, gdy się przekonała o bezskuteczności swoich dochodzeń, uspokoiła się i przestała lamentować. Kosztowało to lekarza pół gdziny biegania, ale wynik był dodatni, bo pacjentka była przez cały tydzień spokojna, później jej lamenty osłabły. W tym przypadku koc, strzykawka, lub kąpiel prolongowana byłyby chorą może także uspokoiły, atoli czy na cały tydzień?

Chorych zaczepnych omija się; osoby z dążnościami niszczycielskiemi naprowadza się na inne myśli. Pacjent Hart. uważający siebie za reformatora, walczący, jak się wyrażał, z wszelkiemi przejawami kultury, przytem religijny, tłukł obrazy, bo to „niepotrzebne przedmioty". Ażeby go uspokoić, usunięto obrazy z sali. Gołe ściany oszpecone gwoździami i dziurkami, nie dawały sali estetycznego wyglądu. Wobec tego lekarz pertraktował z pacjentem, ażeby pozwolił powiesić obrazy święte. Początkowo chory się opierał temu, w końcu pod wpływem perswazji zgodził się na powieszenie jednego obrazu, później pozwolił powiesić więcej obrazów świętych i dzisiaj ściany znowu pokryte są obrazami. Ten sam pacjent nie cierpiał osób z okularami i uderzył lekarza w twarz, ażeby mu rozbić szkła. Towarzysze pacjenta czynili mu zarzuty z tego powodu, a lekarz go omijał. Chory wziął to sobie do serca i nie atakuje więcej osób z okularami.

I w tym wypadku obyło się bez izolatki, bez kaftana, bez pościeli, bez kąpieli prolongowanych, bez zastrzykania skopolaminy, bez zawijania kocowego.

Pacjentka L., przywieziona do Dziekanki z innego zakładu, gdzie była izolowana, bo tłukła szyby, zaczęła zaraz po umieszczeniu jej na oddziale tłuc szyby. Szkodę naprawiono niezwłocznie. Ponieważ praktyka niszczycielska nie ustała, przedłożono chorej rachunek za wyrządzoną szkodę i zapytano jej, ile szyb zamierza jeszcze wibić, bo trzeba zawczasu kupić szkło na zapas. Po tej rozmowie pacjentka przestała tłuc szyby; chora znajduje się w Dziekance 3 lata i nie stłukła już ani jednej szyby.

I w tym przypadku nie kaftan, nie izolatka, nie prolongowane kąpiele, nie zastrzyki skopolaminy, lecz łagodna, przyjazna, żartobliwa perswazja odniosła skutek pożądany.

Pacjent B. skarżył się bezustannie, że go się trzyma w więzieniu, że pragnie być zwolnionym (rodzina nie chce chorego mieć u siebie), wymyślał, pieniaczył i był w obejściu bardzo nieprzyjemny. Gdy mu lekarz zalecił, ażeby się samowolnie oddalił z zakładu, gdyż ma pieniądze i nie jest krępowany, pacjent uspokoił się i od tego czasu (temu 2 lata) ani razu nie powtórzył, że chce być zwolniony, że go się trzyma w więzieniu.

Nawet pacjenci złośliwi, na pozór niebezpieczni, pod wpływem łagodnego obchodzenia i odpowiedniego zatrudnienia zmieniają się w skromnych, usłużnych pomocników.

Pacjent Het. był na początku swego pobytu w Dziekance opryskliwy, wrogo nastawiony do otoczenia i domagał się natarczywie zwolnienia, na co stan jego nie pozwalał. Lekarz przemówił do jego honoru i powierzył jego opiece chorego, sparaliżowanego od dzieciństwa idjotę, który o własnych siłach ruszać się nie może. Het. pielęgnuje towarzysza z najstaranniejszą troskliwością, wozi go po parku, dba o jego wygodę i jest zadowolony z dobrego uczynku. Chorych można z korzyścią zatrudnić w pielęgniarstwie niedołężnych towarzyszy pod warunkiem, że wybierze się odpowiednie osoby do odpowiednich chorych. Nie każdy pacjent nadaje się do pielęgnowania chorych albo na pomocnika pielęgniarza, tak samo jak nie każdy rodzaj rękoczynów pielęgniarskich może być wykonany przez pacjentów. Jeżeli pacjent jest pobudliwy, bojaźliwy, to nie należy go zatrudniać przy zabiegach chirurgicznych, bo pod wrażeniem widoku krwi albo objawów bólu ze strony opatrywanego może zesłabnąć, zemdleć, a histeryk może nawet dostać napadu szału z wyładowaniami gwałtownemi skierowanemi przeciwko lekarzowi lub pielęgniarzowi. Wtedy nie jest winien pacjent, lecz lekarz, który popełnił błąd, nieopatrznie wybierając do pomocy niestósowną osobę.

W załączonych tablicach zestawione są niektóre zapiski statystyczne z oddziałów, zrobione w ostatnich 6 latach, które nadają się do przeprowadzenia porównania stanu rzeczy w poszczególnych okresach.

ZAPISKI STATYSTYCZNE z ODDZIAŁÓW. 2 FRAGMENTY.

Tablica 1 przedstawia fragmenty notowań statystycznych z r. 1921 i z r. 1924 postawione obok siebie w celach porównawczych.

Notowania obejmują ostatnią trzecią miesiąca kwietnia r. 1921 (tabl. a) i miesiąca października 1924 (tabl. b.). Porównanie tych dwóch fragmentów statystycznych ilustruje wyraźnie różnicę, jaka powstała między stanem w r. 1921 a w r. 1924 wskutek ewolucji metod leczniczych w Dziekance. W r. 1921 zatrudnionych było na ca 620 chorych dziennie 357 osób, t.j. 57,5% (w r. 1920 tylko 36,5%), w r. 1924 zajętych było 535 osób na 560 pacjentów, t. j. 95,4%.

	Tabl. a) kwiecień 1921						Tabl. b) październik 1924						
Data	Ilość pacjentów	Zajęcie	Obłożni przew. ze wzgl. psychj.	Zanieczyszcz.	Odleżyny	Leki podawane z powodu psychj.	Ilość pacjentów	Zajęci	Obłożni ze wzgl cielesnych	Obłożni ze wzgl. psychj.	Zanieczyszcz.	Odleżyny	Leki podawane z pow. psychj.
20	616	323	93	10	2	27	561	535	14	—	—		—
21	614	331	90	10	2	26	562	535	14	—		—	1
22	615	337	85	9	2	26	562	535	16	—	—	—	2
23	615	346	83	11	2	16	562	535	16	—			1
24	615	149	82	12	2	8	562	535	17	—	—		1
25	615	357	80	12	2	9	561	535	17	—			3
26	616	352	81	10	1	9	561	—	17	—	—	—	3
27	617	359	82	11	1	7	561	535	17	—			4
28	616	359	81	11	2	7	561	535	17	—	—	—	3
29	618	369	80	10	2	—	559	535	17	—	—	—	2
30	620	357	82	8	2	—	560	535	17	—	—		2
31	—	—	—	—	—	—	560	535	17	—	—		1

1 Tablica porównawcza.

W r. 1921 stosowano system pościelowy jeszcze w przypadkach 80—93, w 1924 metody pościelowej z przesłanek psychjatrycznych nie stosowano ani razu; obłożnych było tylko 14-17 chor. ze wzgl. fizyczn.

Zanieczyszczań notowano w 1921 r. w ciągu 10 dni 114 razy, w 1924 w tym samym okresie nie było ani razu zanieczyszczenia. Odleżyny notowano w tabl. a. dziennie w 2 przypadkach, w tabl. b. odleżyn nie notowano ani razu. Leków uspakajających i nasennych zapisano w r. 1921 do 27 dawek na dzień, w r. 1924 natomiast zapisano najwyżej 4 nasenniki na dobę.

STAN ZDROWOTNY. Tablica 2 ilustruje stan zdrowotny w Dziekance w ostatnich 6 latach

Tablica 2. Stan zdrowotny.

rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
przeciętna dzienna ilość chorych:	573	565	626	599	589	582	
A. I. CIERPIENIA ZEWNĘTRZNE.							
a) odra	—	—	—	—	—	—	—
b) płonica	—	—	—	—	—	—	—
c) róża	—	$\frac{1+}{1}$	—	$\frac{1+1}{1}$	—	—	2
d) świeżba	$\frac{7+6}{13}$ [1]	$\frac{5+5}{10}$	$\frac{4+3}{7}$	$\frac{2+3}{6}$ [1]	$\frac{3+4}{9}$ [2]	$\frac{3+5}{9}$ [1]	54
e) ropnie i wrzodzianki	$\frac{11+5}{16}$	$\frac{9+7}{16}$	$\frac{7+4}{11}$	$\frac{5+6}{11}$	$\frac{6+8}{14}$	$\frac{4+6}{16}$	74
f) odleżyny	$\frac{4+3}{7}$	$\frac{2+1}{3}$	$\frac{1+1}{2}$	$\frac{(1)+ -}{(1)}$	$\frac{1+(2)}{1\ (2)}$	$\frac{- +(1)}{(1)}$	13

1) $\frac{7+6}{13}$ oznacza $\frac{\text{ilość mężczyzn i kobiet}}{\text{razem}}$

Tablica 2. Stan zdrowotny.

rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
przeciętna dzienna ilość chorych :	573	565	626	599	589	582	
CHOROBY WEWNĘTRZNE.							
a) rozwolnienie . . .	8+10 / 18	5+6 / 11	7+8 / 15	6+7 / 13	4+5 / 9	3+8 / 11	77
b) czerwonka	—	—	—	—	—	—	—
c) dur brzuszny . . .	—	—	—	(1)+ - / (1)		-	1
d) zimnica	—	—	—	-	—	- +(1) / (1)	1
e) gruźlica	14+12 / 26	17+15 / 32	10+11 / 21	7+9 / 16	13+10 / 23	8+7 / 15	133
B. ZJAWISKA NIEPOŻĄDANE.							
1) zanieczyszczenia . .	1627+862=2489	2320	846	94	25	21	5795
2) oddalenie się . . .	5+ / 5	4+3 / 7	4+1 / 5	3+2 / 5	3+4 / 7	2+2 / 4	33
3) nieszczęśliwe wypadki bez następstw poważnych	—		+2 / 2	- +1 / 1	2+ - / 2	—	5
4) Samobójstwa . . .	—	— +1 / 1	—	—	—	—	1
5) Wybryki pacjentów względem lekarzy i pielęgniarzy. . . .	nie zapisano			—	3+ - / 3	1+ — / 1	4
6) bójki pacjentów pomiędzy sobą . . .	nie zapisano			1+ - / 1	2+ / 2	2+ / 2	5
7) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	—	—	—		—	—	—

rok	1919	1820	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
C. TERAPJA.							
1) sztuczne karmienie zgłębnikiem , . . .	5+5 / 10	2+4 / 6	1+6 / 7	2+2 / 4	4+2 / 6	3+3 / 6	39
2) drobne i większe opatrunki	11+12 / 23	18+16 / 34	15+13 / 28	14+8 / 22	16+10 / 26	12+15 / 27	160
3) zabiegi chirurgiczne .	—	—	1+2 / 3	2+ – / 2	2+1 / 3	1+1 / 2	10
4) zastrzyki skopol . .	11+ - / 11	10+ - / 10	—	2+ / 2		1(1)+(1) / 1+(1)	24
5) kąpiele prolongowane:							
a) ze wzgl. psychjatr.	4+2 / 6(48)	3+1 / 4(34)	2+1 / 3(26)	2+1 / 3(18)	1+1 / 2(12)	2+2 / 4(10)	22 (148)
b) „ „ fizycznych	12 (213)	6 (140)	15 (378)	9 (203)	12 (203)	9 (203)	63 (1340)
6) zawijanie kocowe .	—	—	—	—	—	—	
7) izolacje	2+ – / 2	—	—	—	—	—	2
8) nasenniki per os . .	72+80 / 152	64+60 / 124	38+15 / 53	7+7 / 14	8+11 / 19	2+22 / 24	386
D. ŚMIERTELNOŚĆ.						6,9%	Dziekanka
1) ogólna %	12 %	10,7%	13 %	10 %	7,3%	19,7%	chorych z Kobierzyna
2) gruźlica %	40%	45%	19,6%	22 %	37 %	22,4%	
3) autopsja	2+2 / 4	4+ -- / 4	2+ / 2	3+1 / 4	2+ / 2	3+2 / 5	

Z cierpień zewnętrznych pojawiała się częściej świerzba. Dochodzenia wykazały, że chorobę wnieśli pacjenci nowo przyjęci, którzy przybyli ze świerzbą do zakładu. Ropnie i wrzodzianki powstawały często wskutek okaleczenia przy pracy z nieostrożności i nieoględności. Z powodu małej liczby obłożnie chorych jako też z powodu wydoskonalenia się personału w pielęgnowaniu, ilość przypadków z odleżynami z każdym rokiem zmniejszała się, tak, że w r. 1922 i 1924 w zakładzie nie powstał ani jeden przypadek odleżyn. Notowane odleżyny, z wyjątkiem jednego w r. 1923, należały do pacjentów, którzy już z odleżynami przybyli do zakładu i tu w kąpielach prolongowanych, ran swoich się pozbyli.

Z chorób wewnętrzn. mieliśmy w ciągu 6 lat jeden przypadek tyfusu, przeniesiony do zakładu przez pacjenta z zewnątrz, i jeden przypa-

dek zimnicy, przyniesiony przez pacjentkę z zewnątrz. Natychmiastowe odosobnienie chorych i desinfekcja oddziałów miała ten skutek, że choroby nie rozpowszechniły się.

Ilość przypadków gruźlicy, która w r. 1921 i 1922 zmniejszyła się, podniosła się znowu w r. 1923 z tego powodu, że między pacjentami przetransportowanymi do Dziekanki z Kobierzyna znajdowało się wiele chorych gorączkujących, cierpiących na gruźlicę. Dzięki ścisłemu przestrzeganiu hygjeny na oddziałach gruźlica w ostatnich 6 latach wykazała najmniejszą ilość przypadków w r. 1924.

Ciekawe zjawisko przedstawia pozycja B. I. „zanieczyszczanie". Podczas, gdy w r. 1919 notowano zanieczyszczań 2489 razy, w roku 1924 było ich tylko 21, a więc na miesiąc nawet nie 2 zanieczyszczenia. W rzeczywistości rzecz przedstawia się jeszcze korzystniej, bo miesiącami całymi nie było ani razu zanieczyszczenia; natomiast dnia 11 kwietnia 1924 r. posługująca, która chciała odejść bez wypowiedzenia, przez umyślne niedbalstwo podczas dozoru nocnego dopuściła do zanieczyszczenia się 6 pacjentek. Posługującą pociągnięto do odpowiedzialności, nałożono jej karę dyscyplinarną i wydalono natychmiast z Zakładu.

Mimo daleko posuniętej swobody, którą daje się pacjentom, mimo usunięcia krat i części murów, oddalenia chorych znajdujących się pod ścisłym dozorem, nie zdarzają się częściej niż w okresie murów, krat, izolatek i krępowania.

Nieszczęśliwe wypadki, jak wywichnięcie lub złamanie ręki lub nogi lub też innego rodzaju okaleczenie przez nieostrożność (pośliznięcie się i upadek) lub przy wyskoczeniu z okna podczas usiłowania oddalenia się, wydarzały się sporadycznie. W r. 1924 nie było ani jedneko nieszczęśliwego wypadku. W tem miejscu wypada dodać, że dnia 2 stycznia 1923 r. kucharka przez pomyłkę zamiast natronu wsypała sody do pokarmu. Z tego powodu cały szereg pacjentów miał przez kilka godzin dolegliwości, jak ból głowy, ból żołądka, wymioty, uczucie słabości. Poważniejszych następstw nie było.

W ciągu ostatnich 6 lat w Dziekance zdarzył się tylko jeden przypadek usiłowanego samobójstwa z zejściem śmiertelnem i to w r. 1920. Bliższe szczegóły o tym wypadku zawiera ustęp traktujący o służbie pielęgniarskiej. Odtąd w Dziekance przypadków samobójstwa nie było.

W ostatnich 2 latach zdarzyło się 2 razy, że chory uderzył lekarza, a w trzech przypadkach pielęgniarza; przyczyną gwałtu nie były osobiste niechęci, lecz omamy słuchowe lub też urojenia chorego.

Na męskim oddziale w ostatnich 3 latach pacjenci wszczynali między sobą bójkę w 5 przypadkach, bez poważnych następstw. Rozdrażnionych przeciwników rozdzielono na inne oddziały, gdzie się wnet uspokoili.

Mimo swobody ruchów, jaką się chorzy cieszą, mimo, że się mężczyźni stykają często z kobietami, nie było w ostatnich 5 latach przypadku porodu nielegalnego. Dowodzi to o przezorności personalu pielęgniarskiego.

Leczenia chemiczno-fizykalnego w praktyce psychjatrycznej w Dziekance nie uważa się z zasadniczych względów jako główną terapję.

Sztuczne karmienie (zgłębnikiem) stosowane było tylko wtedy, gdy inne sposoby karmienia zawiodły.

Zaniechano zastrzykiwań skopolaminy. W roku 1919 i 1920 zastrzyknięto skopolaminę jeszcze w 11 i 10 przypadkach. W roku 1921 skopolaminy nie używano wcale; tak samo było w r. 1923. W roku 1922 okazała się potrzeba zastrzyknięcia skopolaminy dwom niebezpiecznym, gwałtownym pacjentom, których innymi sposobami nie dało się uspokoić. W r. 1924 trzeba było zastrzyknąć skopolaminę gwałtownemu epileptykowi w stanie zamroczenia. Zastrzyk w drugim przypadku był niepotrzebny (pacjent z niepokojem ruchowym nie chciał pozostać w łóżku) i dokonany samowolnie przez młodego, nowo przyjętego lekarza-asystenta, nie obeznanego jeszcze z praktyką tutejszą. Doświadczenie wykazało, że można się bez skopolaminy obyć.

Kąpiele prolongowane z przesłanek psychjatrycznych stosowano także tylko w wyjątkowych przypadkach, w ciągu 6 lat 148 razy w 22 przypadkach; natomiast stosowano je częściej w zachorzeniach cielesnych, w ciągu 6 lat 1340 razy w 63 przypadkach.

Zawijań kocowych nie aplikowano w ciągu 6 lat ani razu, albowiem środek ten jest problematycznym, szkodliwym, męczącym i przedstawia gorszą formę kaftana.

Izolację zaordynowano tylko 2 razy i to jeszcze w r. 1919. Od tego czasu nie izolowano ani razu.

Nasenników rozdano nie wiele, w ciągu 6 lat tylko 386 dawek, z tego najwięcej, bo 329, w pierwszych 3 latach, a tylko 57 w ostatnich 3 latach. Dokładna rejestracja i obserwacja chorych bezsennych wykazała zbyteczność nasenników.

BEZSENNOŚĆ.

Dla ilustracji sposobu traktowania chorych bezsennych niechaj posłuży tablica 3.

WRZESIEŃ 1923.

		Mężczyźni						Kobiety																									
Dąta		Z	T	H	B	B	Z	M	B	O	R	M	D	L	D	S	K	P	H	R	S	G	F	B	B	K	U	M	P	S	K	S	Z
1	dzien.	0	1	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	5	5	.	4	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
2	dzien.	0	0	0	0	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	9	7	7	.	.	3	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	dzien.	0	0	0	0	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	8	8	7	7	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
4	dzien.	0	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	7	.	.	4	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
6	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	dzien.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	2	.	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Data		Mężczyźni						Kobiety																									
		Z	T	H	B	B	Z	M	B	O	R	M	D	L	D	S	K	P	H	R	S	G	F	B	B	K	U	M	P	S	K	S	Z
8	dzien.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	6	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
9	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
10	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	3	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
11	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12	dzien.	0	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	.	.	6	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
14	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
15	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
17	dzien.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.	.	.
18	dzien.	0	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.
	noc.	6	.	.	6	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	.
19	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	0	.	.	.	.	.
20	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.
21	dzien.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	7	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.
22	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	.
23	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.
24	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.
25	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	0	.
	noc.	6	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	0	.
26	dzien.	0	.	.	.	0	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0
	noc.	7	.	.	.	3	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0
27	dzien.	0	.	.	.	0	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0
	noc.	3	.	.	.	3	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	3
28	dzien.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
29	dzien.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	noc.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
30	dzien.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	0
	noc.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	.	.	.	.	.	0

Tabl. 3. Stan bezsenności w miesiącu wrześniu 1923 r.

Wychodzimy z założenia, że dorosła, zdrowa osoba, pracująca ciężko cieleśnie, potrzebuje na dobę przeciętnie 7 godzin snu. Wobec tego chory z ostrą psychozą śpiący 4 godziny na dobę, nie potrzebuje nasennika. Krótkotrwały sen naturalny jest zdrowszy niż długotrwały sen wywołany środkiem hypnotycznym. Rejestrujemy, jak widać z tablicy, chorych, którzy sypiają mniej niż 4 godziny na dobę i obserwujemy do-

kładnie dalszy przebieg tej bezsenności. Okazuje się, że chorzy ci zwykle mają krótkie okresy bezsenności. Tym osobom nie podaje się nasenników. Dopiero po trzech nocach bezsennych wzgl. po trzech dniach, w których chory sypiał mniej niż 4 godziny na dobę, podajemy nesennik w wysokiej dawce, (zwykle nirwanol 0,9 —1.2.), poczem następuje, zaraz albo dzień później, okres krótszy lub dłuższy dostatecznego snu. Jak z załączonej tablicy wynika, w miesiącu wrześniu 1923 r. podano tylko 1 raz środek nasenny, mianowicie na oddziale żeńskim pacjentce P. Na oddziale męskim natomiast nie rozdawano wcale nasenników, bo nie zachodziła potrzeba. Mężczyźni zarejestrowani cierpieli w miesiącu poprzednim na bezsenność, dla tego pozostali jeszcze pod ściślejszą obserwacją.

USZKODZENIA PRZEDMIOTÓW

Podnieceń i gwałtownych wyładowań nie było wiele. Jak tablica 4 wykazuje, uszkodzeń przedmiotów przez pacjentów podnieconych było w ciągu 6 lat tylko 250.

Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów podnieconych.

Rok	1919	1920	1921	1922	1923	1924	W ciągu 6 lat
Przeciętna dzienna ilość pacjentów	573	565	626	599	589	582	
szyby (i ściany) .	16+12[1]) / 28	12+14 / 26	14+10 / 24	10+8 / 18	8+5(+2) / 13 (+2	6+4 / 10	121
Meble	4+— / 4	2+1 / 3	—+1 / 1	7+— / 7	2+— / 2	1+— / 1	18
Odzież . . .	18+5 / 23	5+2 / 7	4+3 / 7	5+— / 5	5+2 / 7	4+2 / 6	55
Pościel . . .	6+6 / 12	2+3 / 5	2+3 / 5	3+1 / 4	5+1 / 6	2+— / 2	34
Bielizna .	4+3 / 7	2+5 / 7	1+2 / 3	2+1 / 3	1+1 / 2	—	22
Ogółem uszkodzono przedmiotów	74	48	40	37	32	19	250

Tablica 4 Uszkodzenie przedmiotów

W r. 1919 pacjenci wzburzeni uszkodzili 74 przedmioty. W miarę ustalenia się systemu traktowania chorych, jaki dzisiaj w Dziekance obowiązuje, uszkodzenia przedmiotów zdarzały się coraz rzadziej, tak że w r. 1924 było ich tylko 19, t. j. 75% mniej niż w r. 1919. W ostatnim roku (1924) chorzy w stanie rozdrażnienia stłukli tylko 10 szyb, (w r. 1919 — 28), nie podarli ani jednej sztuki bielizny.

ZAJĘCIE PACJENTÓW.

Najlepszym środkiem uspakajającym jest zajęcie chorego, to też 95% pacjentów w Dziekance jest zajętych. (A ilustr. 21. 22, 23, 24), w jaki sposób wykazuje tablica 5, zawierająca podział pracy w miesiącu październiku 1924 r. Kolumna pod tytułem „osobni" mieści pacjentów trudniących się malarstwem, rzeźbiarstwem, fotografowaniem, grą itp. (załączone zdjęcia dokonane są przez pacjentów).

[1]) $\frac{16+12}{28}$ itp. oznacza = $\frac{\text{ilość mężczyzn + kobiet}}{\text{razem}}$

Podział pracujących w październiku 1924 r.

Data	Mężczyźni														Kobiety											
	Ilość chorych	Domowi	W ogrodzie	Na folwarku	W kuchni	W biurze	Warsztaty	Usługi	Malarze	Opieka rodz.	Przy pompie	Przy wózku	Osobni	Ogółem	Domowi	W ogrodzie	Na folwarku	W kuchni	Przy jarzynie	W pralni	Przy szyciu	Przy klockowaniu	Opieka rodz.	Usługi	Osobni	Ogółem
1	576	59	35	78	4	4	31	8	2	7	-	10	33	271	40	15	30	4	27	10	52	17	9	9	63	276
2	577	59	35	78	4	4	31	8	2	7	—	10	33	271	40	15	30	4	27	10	52	17	9	9	63	276
3	582	59	35	78	4	4	31	8	2	7	-	10	33	271	40	15	30	4	27	10	52	17	9	9	63	276
4	582	59	35	78	4	4	31	8	2	7	—	10	33	271	40	15	30	4	27	10	53	17	9	9	63	277
5	582	—	—	-			—	—	—	—	—	—	—	—	—				—	-	—	-			—	—
6	581	70	60	20	4	4	29	8	3	7	—	10	56	271	40	15	30	4	27	10	53	17	9	9	63	277
7	580	55	35	79	4	4	29	8	3	7	-	10	37	271	50	15	30	4	27	-	53	17	9	9	63	277
8	578	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	—	53	17	9	9	63	277
9	577	56	35	79	4	4	29	8	3	7	-	10	36	271	50	15	30	4	27	-	53	17	9	9	63	277
10	578	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	—	53	17	9	9	63	277
11	578	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27		53	17	9	9	63	277
12	578	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-		-	—	—	—	—	—	-	—	—	|
13	580	56	35	79	4	4	29	8	3	7	—	10	36	271	50	15	30	4	27	—	53	17	9	9	63	277
14	578	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	51	15	30	4	27		53	17	8	9	63	277
15	564	60	35	79	4	4	29	8	3	8	5	10	42	277	49	15	20	4	26	—	50	17	8	9	53	261
16	564	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	59	25	20	4	30	—	62	17	8	9	27	261
17	561	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	59	25	20	4	30		60	17	8	9	26	258
18	561	57	36	79	4	4	29	9	3	8	5	10	34	277	59	25	20	4	30	—	60	17	8	9	26	258
19	561	—	—	-	-	-	—		—	-	—	—	—	-	-	-	—	-			—	—	—	—	—	—
20	561	57	36	79	4	4	29	5	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
21	562	57	36	79	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
22	592	57	36	79	4	4	9	8	3	9	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
23	594	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
24	562	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
25	561	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
26	561	—	—	-	-	—	—	—	-	-	—	—	-	—	-		-	—			—	—	—	—	—	—
27	561	57	40	75	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	26	20	4	30	10	49	17	8	9	38	258
28	561	57	45	70	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	4	3	10	49	17	8	9	38	258
29	559	57	45	70	4	4	29	8	3	8	5	10	34	277	48	25	20	6	30	-	57	17	8	9	38	258
30	560	57	50	65	4	4	29	8	3	8	5	19	34	277	48	25	20	6	30	—	57	17	8	9	38	258
31	560	57	50	65	4	4	29	8	8	8	5	10	34	277	48	25	20	6	30	-	57	17	8	9	38	258

Tablica 5, Podział pracy,

ŚMIERTELNOŚĆ.

W roku 1917 (najfatalniejszy rok wojny światowej) śmiertelność wyniosła 31,8%. Do roku 1919 odsetka śmiertelności zmniejszyła się do 12%. W r. 1921 przetransportowano z Niemiec do Dziekanki 175 chorych, między tymi znaczną ilość osłabionych, wycieńczonych kandydatów śmierci. To też śmiertelność w tym roku wzmogła się do 13%. W końcu 1923 przybył do Dziekanki transport 87 chorych z Kobierzyna, między tymi cały szereg gorączkujących, cierpiących na gruźlicę. Chorzy kobierzyńscy znowu pogorszyli statystykę śmiertelności w Dziekance. Kobierzyńskich pacjentów umarło w 1924 r. 19,7%, wobec 6,9% pacjentów Zakładu tutejszego. Dziekanka ma znaczną odsetkę chroników, starych, zniedołężniałych, znajdujących się w stanie charlactwa, a mu-

siała oddawać do Kościana na roboty rolne liczne szeregi pacjentów fizycznie zdrowych, a w zamian dostawała słabowitych, umierających (w jednym transporcie, przeznaczonym dla tutejszego Zakładu, chory S., umarł na dworcu w Gnieźnie przy opuszczaniu wagonu). Z tego powodu odsetka śmiertelności zmniejsza się tylko powoli. Korzystne warunki hygjeniczne jednakże rokują na przyszłość pomyślnie, tak że należy się spodziewać, że odsetka śmiertelności dalej będzie się zmniejszała.

Autopsje,

Autopsji dokonano mało, bo nie mogły odbywać się regularnie z powodu trudności formalnych. Sekcji wolno bowiem dokonać tylko za poprzedniem zezwoleniem rodziny nieboszczyka, a to trudno otrzymać.

Pacjentów, których stan poprawił się tak dalece, że opieka zakładowa nie jest koniecznie potrzebna, zwalnia się na ich życzenie lub na żądanie rodziny i nie czeka się na chwilę wyzdrowienia. Tem się tłomaczy znaczna ilość pacjentów zwolnionych „w stanie polepszenia", a stosunkowo mała liczba pacjentów wyleczonych.

AL. PIOTROWSKI

CZĘŚĆ II.

(DZIAŁ NAUKOWY).

PRACE ORYGINALNE.

DOC. DR MED. R RADZIWIŁŁOWICZ

USIŁOWANIE*)

„Ago, ergo sum".

TREŚĆ: Rodzaje usiłowania. Działanie dowolne i niewolne Działanie samorzutne. Nawyk. Instynkt. Pożądanie. Popęd Postępowanie. Wolna wola. Determinizm i indeterminizm.

Moment życia psychicznego nie ogranicza się do doznawania i spowodowanego przez nie uczuwania przyjemności lub przykrości, lecz uczucie prowadzi do czynów, przyczem uczuwana przyjemność powoduje czynność, mającą na celu utrzymanie źródeł przyjemności, a uczuwanie przykre powoduje czynność, mającą na celu usunięcie źródeł przykrości. Przyjemność, biorąc rzecz ogólnie, podtrzymuje działalność, przykrość ją tłumi. Quidquid petitur, petitur sub specie boni.

Działanie może być dowolne lub niewolne. Działanie dowolne jest zawsze świadome, działanie niewolne może być również świadome, lub może być bezwiedne. Działanie dowolne może łatwo przechodzić w działanie niewolne. Działanie podświadome stanowi ogniwo przejściowe pomiędzy działaniem świadomem i bezwiednem.

Zewnętrznie, przedmiotowo działanie dowolne może nie różnić się zupełnie od niewolnego. Różnica jest podmiotowa; w jednym wypadku polega na całkowitem zdawaniu sobie sprawy z celu działania i środków wiodących do celu, w drugim rzecz cała obywa się bez kierowniczego udziału świadomości, chociaż pozornie działanie ma wszelkie cechy działania świadomego i dowolnego. W dzziałaniu podświadomem, proces odbywa się bez kierowniczego udziału świadomości, czynność jest zwykle, niezawsze jest cel, do którego dąży się w działaniu, droga działania odbywa się bez kierowniczego udziału świadomości, nadzorowana tylko w pewnej mierze przez świadomość.

Genetycznie w rozwoju gatunku czynność dowolna poprzedza niewolną. Niewolna rozwija się z dowolnej. Co jest niewolne w jednostce, było dowolne w gatunku, w pokoleniach poprzednich. W rozwoju jednostki czynności niewolne poprzedzają dowolne.

Budowa układu nerwowego wskazuje wyraźnie, że teleologicznie układ stanowi przekładnię pomiędzy odbiorczą i oddawczą fazą życia ustroju, że jest ogniwem pośrednim pomiędzy zmysłowymi narządami odbierającemi bodźce od świata zewnętrznego, a narządami oddawczemi, ruchowemi, przeobrażającem otrzymane podniety w odpowiedzi ruchowe. W ten sposób urzeczywistnia się orjentacja ustroju, jego oddziałanie na zjawiska świata zewnętrznego.

---

*) Rozdział z książki przygotowanej do druku p. t „Podstawy Psychologji w zarysie"

W każdem usiłowaniu zawarte jest działanie mięśniowe. Układ nerwowy ośrodkowy jest narządem sortującym podniety nerwowe. Właściwe źródło czynności tkwi w układzie ośrodkowym. Bodźce zewnętrzne są powodem czynności, przyczyna czynności tkwi w czynnościach komórek nerwowych układu ośrodkowego. Dopływające do nich podniety, powstałe pod wpływem bodźców zewnętrznych, są tylko czynnikami wywołującemi stan czynny w komórkach ośrodkowego układu, ułatwiającemi komórkom ośrodka przebycie progu ich pobudliwości i przejście w stan czynny. Czynność sama zależy od fizjologicznej sprawności samych komórek, od stopnia napięcia zachodzących w nich własnych spraw fizjologicznych. Orjentacja ustroju zależy zatem nietylko od sprawności odbiorczych i oddawczych narządów, zależy także, i to przedewszystkiem, od sprawności narządów nerwowych układu ośrodkowego. Ich czynność rozstrzyga o losie podniet, które dostały się do układu, czy podnieta dopłynie w sposób właściwy do właściwego narządu ruchowego? Działanie komórek układu ośrodkowego jest zatem szersza niż zwyklej przekładni mechanicznej. Działanie jest czynne, a nawet rozstrzygające.

Jest najzupełniej do pomyślenia fakt, że komórki układu ośrodkowego mogą przechodzić w stan czynny nietylko pod wpływem bodźców dopływających z zewnątrz ustroju, lecz także pod wpływem podniet powstałych w samym ustroju np. wskutek zmian w chemizmie krwi, pod wpływem wydzielin gruczołów dokrewnych, a nawet, być może, poprostu wskutek spraw swoistych zachodzących w samych komórkach nerwowego ośrodka. Jednem słowem, jest najzupełniej możliwe, a przynajmniej niema wystarczających dowodów przeciwnych, że samorzutne działanie komórek układu ośrodkowego może spowodować czynności z powodów wyłącznie wewnętrznych, powstałych w samym ustroju bez tego, ażeby wyłącznem źródłem tych czynności miały być tylko powody zewnętrzne, działanie bodźców świata zewnętrznego na narządy zmysłowe.

Układ nerwowy gromadzi zapasy energji, której wyładowanie może nastąpić z różnych powodów a w ich liczbie i powodów powstałych w ustroju i w samym układzie ośrodkowym. W ten sposób powstają czynności samirzutne. Są to czynności rozwojowo najwcześniejsze i stanowią punkt wyjścia w powstawaniu czynności dowolnej. Nadbudowujemy naszą wolę nad temi czynnościami samorzutnemi. W miarę posuwającego się rozwoju urastają one do granic czynności kierowanych wyraźną działalnością świadmości, wyraźnych aktów wysiłku i woli. Pierwotny akt przyjęcia pokarmu jest podstawą do dokonywania mysiłków w celu jego zdobywania. Krzyk dziecka pierwotnie instynktowny przechodzi szybko w postać dowolną i wiąże się bezpośrednio z przedstawianiem źródła doświadczonej przyjemności, zadowolonego głodu.

Stwierdzenie faktu powstawania czynności samorzutnych, spowodowanych przez przyczyny wewnętrzne, niezależnie od powodów zewnętrznych, stanowi sprawę pierwszorzędnego znaczenia psychologicz-

nego. Usiłowanie, wewnętrznie uwarunkowane, stanowi podstawę doświadczenia, że pewnym naszym aktom przypisujemy wyraźnie charakter „wolnej woli" uwarunkowanej czynnikami wewnętrznemi niezależnemi od pobudek zewnętrznych a nawet przeciwstawiającemi się tym pobudkom. Fizjologicznem źródłem tego doświadczenia jest samorzutna z przyczyn wewnętrznoustrojowych wynikła działalność komórek ośrodkowego układu nerwowego.

Samorzutny charakter pewnych czynności nie zmienia zasadniczego charakteru czynności układu, że są one odruchowe. Wszelka czynność odruchowa jest niewolna i bezwiedna. Odruchowe są nietylko czynności rdzenia. Pewne czynności mózgowe są również natury odruchowej. Fakt ten, że pewne czynności mózgowe są świadome, nie wyłącza, ażeby inne nie miały być odruchowe. Czynność odruchowa nie posiada oblicza podmiotowego, lecz czynność dowolna posiadająca to oblicze jest ściśle związana z czynnością odruchową. Psychologicznie obchodzi nas tylko czynność dowolna, musimy jednakże dążyć do zdawania sobie sprawy z czynności odruchowej, z którą czynność dowolna jest ściśle związana. Obchodzi nas nietylko podmiotowa strona sprawy, lecz obchodzą także i jej fizjologiczne warunki. Większość czynności ustroju, to czynności odruchowe, przebiegające bez udziału świadomości. Czynność świadoma łatwo przechodzi w podświadomą, podściadoma w bezwiedną.

Czynność świadoma stale powtarzana staje się czynnością nawykową. Nawyk jest sprawą podświadomą, przebiega pod progiem świadomości. Świadomy zwykle jestpoczątek sprawy, dajszy jej przebieg obywa się bez kierowniczego udziału świadomości. Świadomość czuwa nad działaniem nawykowem i wkracza, kiedy coć popsuje się w działaniu Naprawia błąd, poczem czynność powraca do dawnego biegu i obywa się bez kierownictwa świadomości. W miarę utrwalania się nawyku czynność nawykowa oddala się coraz bardziej od progu świadomości i stopniowo zbliża się do granicy, która ją oddziela od czynności całkowicie bezwiednej.

Okolice podkorowe, leżące poniżej płaszcza mózgowego, są prawdopodobnie głównem siedliskiem czynności nawykowych. Czynności tych narządów mózgowych nie są pozbawione całkowicie współdziałania narządów rozwojowo wyższych, lecz współdziałanie to jest dorywcze, niestałe, zachodzi tylko w warunkach wyjątkowych, w warunkach zwykłych cała czynność przebiega w granicach narządów podkorowych.

Nawyk jest wytworem ćwiczenia. Znamienną jego cechą jest mechaniczność, automatyczny charakter ruchów nawykowych. Psychologicznie nawyk ma znaczenie szersze, niż przypisywane mu powszechnie. Wszelkie działanie pwtarzane zaczyna powoli stawać się nawykowem. Działanie świadome ogranicza się do działań nowych a przynajmniej nieczęsto powtarzanych. Jedynie wtedy, gdy mamy uczynić coś nowego i niepowszedniego, musimy z możliwie największą wyrazistością, przez szczególne ześrodkowanie uwagi uprzytomnić sobie wyobrażenie celu, do którego dążymy oraz wyobrażenie ruchów wiodących do celu. W na-

wyku obie te sprawy stopniowo wypodają, z początku wypada droga, a potem i cel a całe zjawisko, o ile przebiega prawidłowo, obywa się bez kierowniczego udziału świadomości.

Dzięki utorowaniu dróg potrzebnych w ośrodkowym układzie nerwowym wskutek powtarzanych ćwiczeń czynność nawykowa staje się zupełnie łatwa. Porządek ruchów potrzebnych do wykonania złożonej czynności nawykowej układa się automatycznie w tem sposób, że czucie mięśniowe wywołane przez ruch początkowy staje się podnietą wywołującą ruch następny, czucie mięśniowe wywołane przez ruch następny staje się podnietą wywołującą ruch dalszy itd., aż wreszcie nie nastąpi ruch ostatni, który zakończy łańcuch powiązanych ze sobą ruchów, przebiegających, jak widać, w wyraźnym typie odruchowym.

Powoduje to nietylko łatwość czynności nawykowej, powoduje to również szybkość w wykonywaniu tej czynności, wypadają wszystkie ogniwa pośrednie namysłu, rozwagi, wyboru. Podnieta nie odbywa całej drogi przewodnictwa nerwowego, wyładowanie ruchowe idzie po linji „krótkiego spięcia". W nawyku świadomy i dowolny jest początek działania, w tem znaczeniu, że pierwszy ruch jest dokonany pod wpływem kierowniczym świadomości, wszystkie ruchy dalsze są wykonywane w typie odruchowym wskazanym powyżej. Przystosowanie może być tak dokładne, że początkowy bodziec zmysłowy, który czynność zapoczątkowuje, nawet może nie być uświadomiony należycie i wymołać podświadomie cały szereg skojarzonych odruchów. Tak bywa np., kiedy, zmieniamy ubranie w dzień, i wyjmiemy zegarek, ażeby przenieść do innej kieszeni, nakręcamy go, chociaż pora po temu była wybrana zupełnie niewłaściwie.

Mechanicznie powiązanie ze sobą szeregu ruchów nawykowych może być tak dokładne, że interwencja świadomości przeszkadza prawidłowości ruchów, ruchy wykonywane są lepiej przy całkowitem niewtrącaniu się uwagi niż przy jej udziale. Poucza o tem codzienne doświadczenie każdego.

To, co nazwamy pospolicie rutyną, stanowi przyzwyczajenie do nawykowego wykonywania czynności z zapoznaniem potrzeby pozostawienia świadomemu kierownictwu działaniem właściwego mu udziału.

Znaczna większość naszych codziennych czynności jest nawykowa o różnych stopniach osiągniętego ruchowego automatyzmu, mniejszego lub większego zaniku udziału czynników świadomych w kierownictwie działaniem.

Miarą osiągniętego stopnia doskonałości czynności nawykowej jest dokładność wykonywanego szeregu ruchów oraz niechybność odpowiedzi ruchowej, ilekroć okaże się właściwy bodziec. Wreszcie miarą czy czynność osiągnęła pełnię nawykowej sprawności jest trudność napotykana przy wprowadzaniu zmian w szeregi ruchów nawykowych. Nawpół wytworzone nawyki łatwo można zmienić, nawyki całkowicie ukształtowane zmieniają się jedynie pod naciskiem niezwykle upartego wysiłku.

Utrwalenie nawyku, doskonałe utorowanie potrzebnych do jego wykonywania dróg w układzie nerwowym zależy od czasu i uwagi poświęconych wykonywaniu pewnych ruchów aż do przyswojenia ich sobie całkowicie. Działanie musi być uprzednio dokładnie przyswojone przy kierowniczym udziale świadomości, i dowolnie wykonane ruchy powinny wydoskonalić czynność, która ma stać się nawykową. Dalej ruchy powinny systematycznie być powtarzane, często ćwiczone, wreszcie powinien być niezakłócony porządek powtarzania ruchów oddzielnych, tworzących czynność nawykową. Po pewnym bodźcu powinna niechybnie, stale powstawać pewna czynność, przyczem szereg ruchów powinien powtarzać się niezmiennie w jednym stałym i tym samym porządku kolejności ruchów. Dzieci, od których rodzice wymagają wykonywania czegoś, pozwalając im jednakże raz poraz zaniedbywać działania, nigdy nie nabędą nawyków doskonałych. Podobnie nawyk nie powstanie przy pozostawianiu wolnego wyboru działania.

Nawyk ogranicza działanie do pewnych dróg określonych, utrwala pewne stałe połączenia w ośrodkowym układzie nerwowym. Dzięki temu czynności, które stały się nawykowemi z czynności dowolnych stają się niewolnemi, zyskują natomiast stałość i niezmienność. W ten sposób nawyk pod pewnym względem staje się przeciwny temu, co rozumiemy pod słowem rozwój. Będąc sam wytworem rozwoju, z kolei dąży poniekąd do zatamowania rozwoju dalszego. Oczywiście całkowicie tak nie jest. Przedewszystkiem przyswojenie pewnych nawykowych ruchów samo w sobie posiada wartość pod tym względem, że ułatwia nabywanie ruchów nowych. Ruchy nowe nigdy nie bywają nowe całkowicie. Opanowanie pewnych ruchów pozwala nam opanować inne, szczególnie wtedy, jeżeli ruchy nawykowe nie nabrały bezwzględnej postaci, kiedy istnieje jeszcze możność dokonywania w nich zmian. Dokonywanie zmian w ruchach już istniejących jest zadaniem o wiele łatwiejszem, niż uczenie się grupy ruchów całkowicie de novo. Czynność dowolna jako kierowana świadomością jest działaniem wyborczem i przeobrażalnem. Nawyk jest wytworem czynności dowolnej dąży jednakże do stania się czynnością podświadomą i automatyczną, a przez to stałą i niezmienną. Łatwość, szybkość i pewność w wykonywaniu, zdobywane przez nawyk są pożyteczne dla ustroju o tyle, o ile zachodzą odpowiednie warunki. Gdybyśmy musieliześrodkowywać uwagę na każdym ruchu, który wykonywamy nawykowo, nie moglibyśmy wykonać nawet tysiącznej części naszej pracy codziennej. Nawyk jest dużem zaoszczędzeniem czasu i uwagi, umożliwia świadomości zdobywanie nowych postaci czynności: czynności dowolnych. Tem umożliwia rozwój dalszy, rozszerza zakres naszego działania świadomego. W tem tkwi jego biologiczny pożytek. Oczywiście te same czynniki tworzące biologiczną pożyteczność nawyku stają się źródłem szkodliwości, jeżeli zajdą inne okoliczności, zmienią się warunki, do których czynność nawykowa była przystosówana. Wtedy stałość, łatwość i dokładność wykonywanych ruchów, właściwe nawykowi, zamiast pożytku przynoszą szkodę. Nawyk powinien pozostawać pod

nadzorem świadomości i jej wpływem kierowniczym, szczególnie zapoczątkowanie czynności powinno być możliwie najbardziej poddane temu wpływowi, ażeby mogło zawsze ulec sprawdzeniu, czy zachodzą warunki właściwe dla wykonania czynności nawykowej. Dalej powina istnieć pewna plastyczność, pewna możliwość zmian w czynności nawykowej w zależności od stwierdzonej świadomie potrzeby dokonania tych zmian, możność zastąpienia czynności podświadomej przez czynność dowolną, świadomą. Pełnię rozwoju osiąga jednostka, która posiada wprawdzie możliwie największą możność spełniania największej liczby czynności nawykowych, która jednakże ma możność wykonywania ścisłego nadzoru nad czynnościami nawykowemi, każdorazowego ich opanowania względnie zaprowadzenia w nich zmiany w razie stwierdzenia potrzeby dokonania opanowania lub zmiany. Możliwe jest to jedynie przy utrwalonej czynnościowej przewadze okolic mózgowych rozwojowo późniejszych nad wcześniej powstałemi. Znaczna musi być sprawność okolic wcześniej powstałych, żeby mogły wogóle zachodzić czynności nawykowe, znaczna sprawność okolic rozwojowo późniejszych, ażeby nadzór wogóle mógł być wykonywany. Sprawność ta musi być większa, powinna istnieć pewna stała przewaga czynnościowa nad okolicami wcześniej powstałemi, wtedy działalność nawykowa będzie obracała się w granicach rozwojowo pożytecznych.

Poza temi granicami w przeciwnym razie stanie się biologicznie szkodliwa, zamiast być czynnikiem postępu stanie się czynnikiem uwstecznienia.

Biologicznie i psychologicznie pokrewny nawykowi jest instynkt. Instynkt jest bezwiednem dążeniem do wykonywania celowych czynności. Celowość w instynkcie nie polega na uświadamianiu sobie celu, do którego dąży się, jak również nie polega na świadomości dróg wiodących do celu. Celowość instynktu jest biologiczna, jest dążeniem do wykonywania czynności, których pożyteczność dla ustroju została stwierdzona w biegu rozwoju gatunku, dzięki doświadczeniom pokoleń poprzednich. W instynkcie jednostki dziedziczy skapitalizowany dorobek tych doświadczeń w postaci odpowiedniej budowy ustroju głównie jego układu nerwowego przystosowanego do wykonywania czynności biologicznie pożytecznej. Przychodzi do gotowego, bez prób i doświadczeń, zostaje przez przyrodę uposażona w szereg narządów umożliwiających działania pożyteczne, korzysta z gotowych narządów bez potrzeby dokonywania sama wysiłków w celu ich wytworzenia. Dzięki istnieniu wrodzonych lub samorzutnie rozwijających się połączeń w drogach nerwowych, powstaje anatomiczne podłoże odruchów stanowiących podstawę wszelkiej działalności instynktowej. Każdy objaw instynktu to odruch, albo szereg tak ze sobą powiązanych odruchów, że jeden wywołuje drugi w ten sposób, że czucie ruchowo powstałe w wyniku pierwszego odruchu powoduje ruch następny, czucie ruchowe powstałe w jego wyniku wywołuje ruch dalszy itd. aż wreszcie nie nastąpi ruch ostatni, który zamyka szereg powiązanych ze sobą odruchów. Powodem pierwszego ruchu jest albo

bodziec zewnętrzny, który podziałał na odbiorczy narząd zmysłowy albo podnieta wewnętrzna powstała w samym ustroju. Ruch pierwszy staje się punktem wyjścia szeregu odruchów stanowiących razem przejaw instynktu. Pod tym względem instynkt jest podobny do nawyku, różnica polega na tem, że nawyk poprzedza czynność dowolna, która wytwarza potrzebne połączenia w układzie nerwowym, w instynkcie tego niema, narządy potrzebne wytwarzają się same bez jakiegokolwiek udziału świadomości osobniczej.

Instynkt jest sprawą wrodzoną, obywa się zupełnie bez kierowniczego udziału świadomości, jest bezwzględny w tem znaczeniu, że może wprawdzie powodować zmiany w stanie świadomości, w doznawaniu i uczuciu, lecz odbywa, jak mówimy, drogę mechaniczną, świadomość nie wywiera na czynność instynktową żadnego czynnego wpływu. Cała pełnia pożytecznej dla ustroju czynności instynktowej przebiega bez czynnego udziału jednostki. Odbywa się bez ćwiczeń uprzednich, bez wzoru do naśladowania, bez jakiegokolwiek uprzedniego przygotowania.

Instynkt jest całkowicie oddziedziczony. Wymaga dla swego powstania i uzewnętrznienia tylko jednego, tego mianowicie, ażeby rozwój układu nerwowego osiągnął ten stopień, kiedy drogi nerwowe niezbędne dla wykonywania czynności już wytworzyły się w układzie, zostały już utorowane, powstały połączenia pomiędzy odpowiedniemi drogami czuciowemi i ruchowemi, zostały ustalone potrzebne ogniwa skojarzeniowe. Kiedy to nastąpi, czynność powstaje sama pod wpływem bodzców zewnętrznych np. widoku zdobyczy lub wewnętrznych np. zmienionego chemizmu krwi, działania gruczołu o wydzielinie wewnętrznej lub jakiej innej. Instynkt, który osiągnął taki stopień, jest to instynkt doskonały.

Nie wszystkie instynkty ustroju są doskonałe. Można, zdaje się, z dużym stopniem prawdopodobieństwa stwierdzić, że większość instynktów, nietylko u człowieka, lecz i zwierząt jest niedoskonała. Istnieć może wrodzona dążność do wykonania pewnej czynności, lecz dążność sama okazuje się niedostateczna, nie obejmuje całej czynności. Wrodzony jest początek, inicjatywa, która w dalszym ciągu zawodzi. Zwierzę rozpoczyna samorzutnie pewną czynność, wykona jej początek, lecz potem staje bezradne, nie wie samo, co ma zrobić dalej z dążnością, której nie umie urzeczywistnić. Stwierdzono, że pisklęta wymagają przykładu, pouczenia przez starsze w wykonaniu czynności, która pozornie ma wszelkie cechy instynktu doskonałego. Ptaki posiadają ogólny instynkt budowania gniazda, lecz jeżeli umieścić je w warunkach sztucznych, budują gniazda niedoskonałe. Ptaki posiadają ogólne dążenie instynktowe do wydawania dźwięków, lecz wychowane od urodzenia w wa-
przewodnika nerwowego, przerabianych wytężonej pracy myślowej na
runkach takich, że nie słyszą dźwięków właściwych swemu gatunkowi, usiłują wprawdzie wydawać dźwięki, lecz wydają dźwięki, obce swemu gatunkowi, a nawet uczą się ydawać dźwięki właściwe gatunkowi innemu, w którego środowisku zostały wychowane.

Zasadniczym czynnikiem w przyswajaniu przez zwierzęta właściwych im czynności, uzupełnieniem braków instynktu niedoskonałego jest naśladownictwo. Widok ruchów, wykonywanych przez zwierzęta dorosłe, słyszenie dźwięków wydawanych przez rodziców, pobudza młode do naśladowania ruchów i dźwięków. Usposobienie wrodzone do wykonywania ruchów i wydawania dźwięków ułatwia naukę. Dzięki wrodzonemu usposobieniu ruchy potrzebne do wykonywania pewnej czynności powstają łatwiej, prędzej wyróżnicowują się z ogólnego tła wrodzonej ruchliwości. W ten sposób wrodzone usposobienie i dążenie do naśladowania wszelkich czynności przyspieszają nabywanie potrzebnych gatunkowi działań i przyzwyczajeń. Tą drogą dochodzą zwierzęta do tego, że młode pokolenie staje się ścisłym odwzorem pokoleń poprzednich. Wystarcza naśladownictwo, które samo wydaje się być również instynktem, dążeniem wrodzonem. Poucza o tem obserwacja zwierząt i ludzi. Młode zwierzęta i dzieci samorzutnie ujawniają naśladownictwo po dojściu do pewnego wieku. Dążenie naśladowcze ujawnia się wyraźnie i w wieku późniejszym, świadomie, żeby nie odróżniać się od innych, lecz także ry mimowolnie przybiera postać i wykonywa ruchy osób, które potrafiły poddać go swemu wpływowi, skupić na sobie jego uwagę.

Każdy ruch naśladowany pozostawia po sobie ślad, ułatwiający powstanie następnych; każdy przyczynia się do utorowania drogi potrzebnej w układzie nerwowym, ustala ją i utrwala.

Jasna jest korzyść, którą osiąga jednostka, człowiek czy zwierzę, z tego ogólnego instynktownego dążenia do naśladownictwa. Jeden ten instynkt może zastąpić szereg instynktów oddzielnych albo je uzupełnić.

Biologiczne znaczenie naśladownictwa jest wyraźne. Nadaje ono ustrojowi większą plastyczność, ułatwia przystosowanie do środowiska. Instynkty doskonałe w przeciwieństwie do niedoskonałych są stałe, niezmienne. Zwierzę musi czynności wykonywać; jeżeli okoliczności zewnętrzne tego wymagają. W najwcześniejszych okresach życia instynkt doskonały jest konieczny. Z chwilą powstania instynktu naśladownictwa czynności zaczynają układać się według wzorów dostarczonych przez starsze, które chamują dalszy bieg instynktowych objawów. Tylko instynkt doskonały jest bezwiedny w tem znaczeniu, że obywa się całkowicie bez kierowniczego udziału świadomości. Insynkt niedoskonały jest tylko częściowo bezwiedny, poza tem jest świadomy lub podświadomy. Instynkt doskonały powstaje z niedoskonałego w ten sposób, że w miarę posuwającego się rozwoju zmniejsza się coraz bardziej udział świadomości w powstaniu zjawiska instynktowego. Wreszcie udział ten znika całkowicie i czynność sama odbywa się bezwiednie bez jakiegokolwiek udziału świadomości. Dobór naturalny, utrzymywanie się gatunków doskonalszych w walce o byt, przeżywanie jednostek bardziej uzdolnionych w szeregu odmian tego samego gatunku tłomaczy w pewnej mierze powstawanie instynktu, lecz nie tłomaczy go całkowicie. Dopiero zjawisko doboru podmiotowego, udział świadomości w powstaniu zjawisk daje nam pełne wytłomaczenie zjawiska. Współdziałanie świadomości

popycha rozwój jednostki, przyczynia się do zwiększenia jej uzdolnienia w sprostaniu wymaganiom życia, utrzymania się w walce o byt. Powoli z pokolenia w pokolenie kształtują się i doskonalą narządy nerwowe niezbędne do wykonywania potrzebnej czynności, słabnie coraz bardziej nadzór świadomości nad niemi, czynności stają się coraz bardziej wrodzonemi, coraz bardziej odruchowemi, coraz mniej pewna czynność wymaga kierowniczego lub nadzorczego udziału świadomości. Czynności niezbędne do utrzymania się przy życiu otrzymują z urodzenia potrzebne po temu narządy, i czynności przez nie wykonywane są wrodzone. W miarę posuwającego się rozwoju instynkty początkowo niedoskonałe, doskonalą się przy udziale świadomości. Czynności pożyteczne dla rozwoju jednostki stają się coraz bardziej nieświadomemi, znika coraz bardziej czynnik świadomy w ich powstaniu. Początkowo przebiegają jeszcze podświadomie, wreszcie stają się całkowicie bezwiednemi.

Biologiczna rola świadomości występuje w tych sprawach z całą wyrazistością i siłą.

Nie inaczej dzieje się na poziomie ludzkim. Tutaj również nie w mniejszej niż u zwierząt mierze czynności zmechanizowane powstają z czynności, które początkowo odbywały się przy udziale świadomości, później odbywają się bez tego udziału. Różne są tylko dalsze rozwojowe koleje u człowieka i u zwierząt. U zwierząt rozwój zatrzymuje się na pewnym poziomie, u człowieka posuwa się dalej. Człowiek z całego królestwa zwierzęcego przechodzi najdłuższy okres dzieciństwa, to znaczy, że jego układ nerwowy najdłużej zachowuje większą plastyczność, większą podatność do zmian, właściwą młodości. Dziecko może najdłużej drogą naśladownictwa i powtarzanych ćwiczeń rozwijać swe narządy nerwowe, potrzebne do wykonywania pożytecznych czynności, doskonalić swe niedoskonałe instynkty i nawyki. Po ich ustaleniu świadomość, wolna od nadzoru i od kierownictwa w zakresie czynności do życia niezbędnych, zesrodkowuje się na czynnościach rozwojowo coraz wyższych. Uwolniona od czuwania nad czynnościami niższego porządku, które w miarę postępującego rozwoju stają się coraz bardziej podświadomemi, a nawet wreszcie bezwiednemi, uzyskuje możność skupienia się na czynnościach wymagających szczególnie jej kierowniczego udziału.

Jak widać z powyższego, rozdział pomiędzy czynnościami świadomemi i bezwiednemi nie jest zupełny; czynności dowolne przechodzą łatwo w niewolne, jedne wiążą się z drugiemi.

Ujęcie powyższe drogi powstania czynności niewolnych z dowolnych wskazuje, w jaki sposób osiąga jednostka wolność w kierowaniu własnemu ruchami.

Przedewszystkiem: przez zmechanizowanie, zautomatyzowanie jak największej liczby czynności pożytecznych i zwolnienie w ten sposób świadomości od współdziałania w tych czynnościach, które już jej kierowniczego czy nadzorczego udziału nie wymagają.

Droga jest bardzo powolna i przeobrażenie czynności dowolnych w niewolne stopniowe: wymaga wysiłku i czasu. Pamiętać trzeba, że

na to, ażeby pewna czynność się zautomatyzowała, potrzeba, ażeby w układzie nerwowym nietylko powstały potrzebne połączenia nerwowe, lecz żeby te połączenia drogą powtarzanych wysiłków zostały utorowane w niższych odcinkach układu, w tych dziedzinach, w których zachodzą odruchy i oddziaływania. Czynność musi uprzednio ukształtować narząd odpowiedni, potem dopiero może odbywać się prawidłowo. Jasna rzecz, że jest to droga druga.

Dziecko musi ciągle uczyć się i ćwiczyć w nabywaniu zręczności, w zmienianiu i przeobrażaniu popędów i dążności w tworzeniu nowych złożonych czynności, jak mowa, pismo itd. Wszystko to są czynności świadome. Dziecko uczy się ich bardzo powolnie i wdraża się w nie drogą wielkiego wysiłku i trudu. Drogą ciągłego ćwiczenia, ustawicznych doświadczeń zmusza swój układ nerwowy i mięśniowy do coraz mocniejszego podlegania nadzorczemu działaniu świadomości. Stopniowo przeobraża ono i doskonali swe oddziaływanie na podniety i pobudki i dochodzi do tych wyników nietylko dlatego, że uświadamia sobie to, co ma być wykonane, że wie co i jak ma być zrobione, lecz ponieważ przekonywa się, że sama wiedza o tem nie wystarcza, że trzeba drogą prób i ćwiczeń zdobywać potrzebną wprawę. Same nakazy świadomości nie poruszą ciała, jego mięśni. Dziecko podobnie, jak pisklę czy szczenię, musi dokonywać prób, szukać dróg aż znajdzie drogę właściwą, pozna różne możliwości wyjść i nauczy się trafiać na właściwe, które mu jest w pewnej chwili potrzebne. Każdy, zwierzę i człowiek, musi to zrobić za siebie. Przy pomocy uwagi i uczucia, które wspomagają powtarzanie czynności przyjemnych, a utrudniają powstawanie czynności przykrych sprawa posuwa się stale naprzód. Ciągle powtarzane próby, wytrwałe naśladownictwo to droga początkowa powstawania odpowiednich czynności, działań właściwych. Próby pierwsze są zawodne. Dla wykonania prostej czynności palcami używa się początkowo wszystkich nieledwie mięśni ciała. Pierwsze zapięcie guzika u kurtki wprowadza w grę nietylko mięśnie ręki, lecz także ramion, nóg, tułowia; język jest również w robocie, chociaż chodzi tylko o ruch palców, które bez jego pomocy guzik zapną. Wreszcie dochodzi się do wyniku jeszcze bardzo grubego i niedokładnego. Na podstawie zdobytego doświadczenia dziecko podejmuje próbę ponowną. Odpadają powoli wszystkie zbędne niepotrzebne ruchy towarzyszące, język wraca na miejsce i pozostaje w spokoju, to samo nogi, głowa, tułów, wreszcie po szeregu prób, nietylko pomyślanych lecz i wykonanych, przychodzi działanie ograniczone tylko do ruchu mięśni pewnych tylko palców o pewnym tylko napięciu mięśniowem, które okazuje się wystarczającem dla wykonania potrzebnej czynności.

Wrodzona wzmożona ruchliwość dziecka, rozlany charakter tej ruchliwości wspomagają je, przynoszą mu pożytek. Zwiększają możliwości, że pomiędzy wykonanemi ruchami znajdzie się wreszcie ruch potrzebny, na którym dziecko skupi uwagę, utrwali jego odwzór w swej pamięci, zespoli silniej z pewnem doznawaniem zmysłowem z pewnym obrazem i przy następnej potrzebie ruch taki już wtedy łatwiej wystąpi

i wyodrębni się z ogólnej ruchliwości przed innemi jako ruch właściwy. W ten sposób dziecko drogą doświadczenia zdobywa nowe ruchy złożone. Na poziomie ludzkim, u dzieci sprawa ta w dużej mierze przebiega samorzutnie bez udziału innych. Dziecko ćwiczy się samo wytrwale w wykonywaniu czynności prowadzących do celu, który chce osiągnąć. Przychodzi to mu łatwiej niż szczenięciom lub pisklętom. Rozumie, zdaje sobie sprawę z celu, do jakiego dokonanie czynności prowadzi i który rzeczywiście pragnie osiągnąć, lepiej może nadzorować działalność własną, poprawiać próby nieudane. U zwierząt zdobycze w ten sposób osiągane nie idą ani tak łatwo ani tak daleko. Ich ograniczona możność rozumienia staje temu na przeszkodzie. Jeżeli, jak widzimy u zwierząt tresowanych, uczonych, umysł ludzki stanie na miejsce umysłowości zwierzęcej, rozszerza się znacznie skala tych możliwości i można wyuczyć zwierzęta czynności, do których, pozostawione sobie samym, nigdy dojść by nie mogły.

Wyniki doświadczeń tego rodzaju są nieraz zadziwiające. Zwierzęta robią wrażenie, że wykonują czynności kierowane świadomością, jak liczenie, wyszukiwanie kart itp. Czynności są w rzeczy samej kierowane świadomością, lecz świadomością nauczyciela, nie ucznia.

Rozważania powyższe utorowały drogę do zrozumienia powstawania czynności dowolnych, w których wchodzą w grę czynniki poznawcze wyższego porządku rozwojowego, wyobrażanie i myślenie. Wyobrażanie istnieje jeszcze na poziomie zwierzęcym i współdziałała w powstawaniu czynność i określanych jako pożądania i popędy, które bardziej szczegółowego omówienia nie wymagają. Zrozumienie ich w dostatecznej mierze wynika wprost z rozważań powyższych.

Myślenie istniejące jako stały objaw życia duchowego tylko na poziomie ludzkim warunkuje powstanie postaci czynności dowolnej, stanowiącej szczytowy wyraz rozwojowy usiłowania, określanej nazwą postępowania.

W postępowaniu współdziała z myśleniem samowiedza, świadomość jaźni, w szczególności świadomość jaźni moralnej. Samowiedza, jako źródło postępowania podporządkowuje sobie pod tym względem myślenie. Wywiera wpływ przemożny nietylko na postępowaniu, lecz także i na samomyślenie. Myślenie jako ujęcie celów odległych i ogólnych, pojęć szczęśliwości i własnego doskonalenia wchodzi w grę w wyborczej działalności świadomości. Świadomość wybiera między motywami, pewnym daje pierwszeństwo przed innemi, wspomnienia popełnionych błędów, stają się źródłem czynności umysłowej, rozwaga i przewidywanie wysuwają się na plan pierwszy.

Samowiedza moralna uznanie motywu wysuniętego przez myślenie za zgodny z nią, za dobry rozstrzyga o postępku. Uczucie nie przestaje być źrodłem czynów również i na tym poziomie rozwojowym. Rozwój w dziedzinie uczuciowej polega na przemieszczeniu źródeł uczucia od zmysłowych ku umysłowym, ku pojęciom ogólnym, oderwanym. W biegu rozwagi natychmiastowa przyjemność niższego porządku, narzucająca się

nam jako cel usiłowania w pewnej chwili może zostać odrzucona dla przyjemności rozwojowo wyższej chociaż dalszej, bardziej odległej w czasie, a przynajmniej może być odrzucona, chociażby dlatego, że poddanie się przyjemności chwilowej byłoby równoznaczne z obniżeniem swej własnej skali rozwojowej, a jej odrzucenie posunięciem się w swej własnej samowiedzy na wyższy rozwojowy szczebel. Dlatego odrzucamy natłaczającą się przyjemność, ponieważ jej odrzucenie jest przyjemniejsze, a przynajmniej mniej przykre, niż byłoby jej zadosyćuczynione.

Samowiedza jako współczynnik postępowania posiada znaczenie większe niż myślenie, narzuca myśleniu swe ograniczenia i nakazy. Ja tak nie myślę, bo ja tak nie postępuję. W miarę posuwającego się rozwoju rośnie coraz bardziej wpływ samowiedzy, postępowanie coraz bardziej opanowuje niższe postaci usiłowania.

Drogą opanowywania wskazuje fizjologja układu nerwowego. Ażeby mogły powstać czynności pewne muszą powstać w układzie nerwowym narządy potrzebne do ich wykonywania. Muszą nietylko powstać w układzie nowe drogi przewodnictwa nerwowego, nowe zespoły komórkowych połączeń, lecz muszą być drogi te utorowane, a ich sprawność fizjologiczna musi być większa, niż sprawność dróg służących czynnościom niższego porządku rozwojowego. Wtedy tylko nowoutworzone narządy nerwowe opanują narządy wcześniej powstałe jeżeli będą miały nad niemi wyraźną czynnościową przewagę. Droga osiągnięcia przewagi jest wskazana przez ogólne prawo biologiczne, że czynność tworzy narząd Przez pilne baczenie ażeby nakazy jaźni moralnej nie wietrzały w samych tylko pomyśleniach i zamiarach z jej zakresów, lecz zawsze znajdowały ujście w czynach, torujemy w układzie nerwowym drogę ich urzeczywistnienia, budujemy narządy wykonawcze jaźni moralnej. Wiara bez uczynków jest martwa nie tylko w katechiźmie. Jest martwa i w psychologji. Bez wytworzenia narządów odpowiednich bez siły wykonawczej, wszelki nakaz jaźni moralnej będzie martwy, ulotni się jak kamfora. Wytrwałe ćwiczenie, wykonywane czynności coraz dokładniejsze, dzięki postępującemu doskonaleniu odpowiednich narządów nerwowych zapewnia wreszcie jaźni moralnej wpływ całkowity na postępowanie, a postępowaniu całkowite opanowanie instynktów, i nawyków. Zamiast działań podyktowanych przez vis a tergo instynktowych popędów i ślepej namiętności, pojawiają się coraz częściej czyny dyktowane rozwagą i zastanowieniem, kierowanem przez pewną vis a fronte celu, który zanim zostanie urzeczywistniony, musi być uznany za dobry za zgodny z jaźnią moralna człowieka. Wolna wola w znaczeniu bezprzyczynowej dowolności nie istnieje, a przynajmniej nie znajduje potwierdzenia w doświadczeniu. Nie znajduje go również i determinizm w znaczeniu zależności całkowitej czynów od warunków zewnętrznych, zupełnej bezsilności czynników wewnętrznych pod tym względem. Pewna postać względnego indeterminizmu wydaje się najbardziej odpowiadać doświadczeniu. W miarę posuwającego się rozwoju rośnie coraz bardziej znaczenie czynników wewnętrznych ich wpływ na bieg i charakter życia jednostkowe-

go. Dojrzewa coraz bardziej doskonali się sprawność myślenia, rośnie coraz bardziej wpływ jaźni moralnej na czyny człowieka. Determinizm cechuje początkowo okresy życia; ustępuje w okresach dalszych coraz bardziej w miarę posuwania się ku rozwojowym szczytom. Rozwój idzie niewątpliwie w kierunku indeterminizmu, coraz bardziej bezwzględnego, systematycznego i stopniowo rosnącego podporządkowania czynników zewnętrznych wymaganiom wewnętrznym. Od stanów ślepego poddania się tym czynnikom aż do stanów, kiedy np. prowadzony na szubienicę skazaniec polityczny może opanować wszystkie swoje wzruszenia i tak głęboko tkwiący w każdej żywej istocie instynkt życia, że może pocałować kata, który ma go za chwilę powiesić, u różnych ludzi, a nawet u tych samych w różnyc momentach życia, możemy obserwować szczeble oddzielne drabiny rozwojowej, której szczyt zajmuje niewątpliwie ów skazaniec. Oczywiście i na tym rozwojowym poziomie zjawiska psychiczne są całkowicie uzależnione od czynności układu nerwowego ustroju, w którym zjawiska zachodzą. Duch bezpośredniego wpływu na warunki fizjologiczne układu wywierać nie może. Największy wysiłek woli nie poruszy ramienia, którego splot nerwowy jest przecięty. Dla wykonywania czynności psychicznych są konieczne narządy wykonywania czynności; czynność jest wynikiem działalności narządów, lecz duch pozbawiony wpływu bezpośredniego może w sposób pośredni wywrzeć wpływ na wytwarzanie narządów potrzebnych i tem przyczynić się do własnego uwarunkowania lub zdeterminowanie siebie samego. Przez umiejętny dobór środowiska a z tem przez dobór czynników zewnętrznych działających na układ nerwowy, przez pilne baczenie ażeby podniety przebiegały całą przeznaczoną dla nich drogę i dopiero w czynności wyraźnie świadomej znajdowały ujście, toruje i utrwala nowe drogi w układzie nerwowym, stwarza nowe narządy nerwowe, które bez jego wysiłku własnego nie mogły by powstać. Osięga przez ćwiczenia świadome dokonywanie czynnościową przewagę okolic rozwojów późniejszych nad wcześniej powstałemi. Przyspiesza tym samym bieg własnego rozwoju i dźwiga w ten sposób siebie samego na wyższe rozwojowe szczeble. Nad czynnością samorzutną uwarunkowaną wewnętrznie, wynikłą z samorzutnej działalności komórek nerwowych układu, nadbudowuje czynność dowolną, której szczytowym wyrazem jest postępowanie, kierowane myśleniem i nakazami jaźni moralnej. Rozszerza i wzbogaca zakres wykonywany przez układ nerwowy czynności, wprowadza w grę coraz to nowe elementy składowe układu, których zasób jest nieprzebrany.

Budowa układu nerwowego jest tego rodzaju, że pełnię rozwoju zdobywa jednostka tylko drogą wysiłków własnych, drogą możliwie najdalszego rozszerzenia zakresu czynności świadomej i drogą zapewnienia jej przewagi nad czynnościami podświadomemi i bezwiednemi. Nie wystarcza samo istnienie pewnych narządów w układzie nerwowym: istnienie stwarza warunek rozwoju, nie stanowi samego rozwoju. Ewolucji budowy powinna towarzyszyć ewolucja czynności.

Z urodzenia porządek ten jest odwrotny. Różne czynniki składają się na to. Niższe ogniwa dróg nerwowych leżą bliżej źródeł, skąd droga nerwowa czerpie podniety, pobudzające je do życia, do wzmożonej działalności czynnej, podnoszącej jej sprawność fizjologiczną, bliżej obwodowych narządów zmysłowych odbierających bodźce przychodzące ze świata zewnętrznego. Dalej leżą one bliżej skąd przychodzą podniety powstałe z roślinnego życia ustroju, dostarczającego stałego pobudzenia układowi ośrodkowemu — bliżej układu spółczólnego. Wreszcie sprawy krwiobiegu w okolicach mózgowych wyższych rozwojowo późniejszych są tego rodzaju, że okolice te pod względem łatwości dopływu krwi a z tem i środk. odżywcz. dla komórek nerwowych są bardziej upośledzone, niż okolice niższe, rozwojowo wcześniejsze. Ciśnienie krwi w naczyniach krwionośnych jest w nich niższe, światło naczyń doprowadz. krew jest węższe, ciałka krwi z pewną trudnością muszą przeciskać się przez nie kiedy gdzieindziej przepływają z łatwością. Biologiczna celowość takiego urządzenia jest zrozumiała. Okolice te spełniają czynności najsubtelniejsze, najbardziej dokładne nie mogą ulegać zalewowi krwi, który by mącił ich sprawność czynnościową. Krew musi dopłynąć tylko w takiej ilości w jakiej jest potrzebna w każdej chwili. Jej dopływ musi zależeć od wykonanej przez komórkę czynności, od zużycia środków odżywczych. Czynność samej komórki reguluje dopływ środków, zwiększa przy pracy, zmniejsza w bezczynności, poprostu przyciąga krew mocniej czy słabej zależnie od potrzeby i w miarę dokonywanej pracy.

Czynności późniejsze odwracają ten przyrodzony porządek. Zmuszanie podniet zewnętrznych do przebywania całej drogi przewodnictwa nerwowego, do docierania do kory mózgowej, jako siedliska czynności świadomej, przeobraż. się ich dopiero w korze w podniety ruchowe, czego wyrazem jest czynność dowolna, kierowana wyraźną świadomością, przy żywym wyborze dróg jej działania, przy doprywie podniet z różnych dróg przewodnictwa nerwowego, przerabianych wytężonej pracy myślowej na rozumowe wskazania, przy pilnym a czynnym przestrzeganiu nakazów jaźni moralnej i wytrwałem ich wykonywaniu, podnosi się stopniowo fizjologiczna sprawność ogniw wyższego porządku rozwojowego w układzie nerwowym, zostaje zapewniona przewaga czynnościowa okolic mózgowych rozwojowo późniejszych nad wcześniej powstałemi.

Przyroda właściwie obdarzyła człowieka po macoszemu. Kazała mu żyć w warunkach najtrudniejszych, a nie dała mu z urodzenia całej pełni środków potrzebnych do sprostania warunkom, walki o byt. Dała mu tylko jedno nieprzeparte pragnienie rozwoju, które, z niesłabnącą siłą wielkiego prawa przyrody każe mu iść ciągle naprzód, piąć się coraz wyżej po kamienistych i pełnych przeciwności ścieżkach życia ku rozwojowym szczytom.

Człowiek nie posiada ani pazurów lwa, ani węcha psa, ani nóg jelenia, lecz uzupełnia swe braki w sposób doskonalszy od tego, jak czyni to przyroda w królestwie zwierzęcem. Łopatą wydłuża i rozszerza dłoń,

grabiami uzupełia palce, zamiast nóg do przenoszenia się z miejsca na miejsce ma do swego rozporządzenia szereg środków spełniających te czynności lepiej niż narzędy przyrodzone. Brak płetw zastępuje statkami, brak skrzydeł samolotami. Analiza chemiczna daje mu lepszą ocenę środków spożywczych niż węch i smak, a miarami i wagami mierzy człowiek ściślej niż czuciem mięśniowem i uciskowem. To, czego nie dała mu przyroda, uzupełnia kultura, stanowiąca wytwór jego działalności duchowej. Zdobycze pracy pokoleń poprzednich przyswajają sobie jako spadek społeczny w wychowaniu, wysiłkiem własnym popycha dalej rozwój środków kulturalnych zapewniających jemu i gatunkowi możność utrzymania się przy życiu, uchronieniu siebie i gatunku od zagłady. Dokonywa czegoś więcej. Jego działalność duchowa nie ogranicza się do samego tylko doskonalenia narzędzi walki o byt. Pod wpływem rodzących się w człowieku potrzeb wyższego porządku ulegają stopniowemu przekształceniu warunki bytowania, przeobrażają się poglądy na sam byt, jego jakość i wartość.

Sam fakt utrzymania się przy życiu fizycznem nie wystarcza. Pojawiają się pożądania lepszego, wyższego bytu. Wzrastają coraz bardziej i nabierają coraz większej mocy w miarę postępującego rozwoju. Pojawiają się pożądania nowych, lepszych form istnienia, zaczynają być dokonywane w tej dziedzinie wynalazki, nie mniej pożyteczne co wynalazki w dziedzinie narzędzi walczenia. Powstają nowe wytwory myślowe o wyższych postaciach bytu, które, wcielane w życie, posuwają naprzód rozwój jednostki i gatunku. Świat, który stworzył jednostkę zaczyna być przez nią przeobrażany. Duch ludzki jest czynnikiem, który przeobrażenia dokonywa. Doborem podmiotowym dostosowaniem środowiska do swoich wymagań uzupełnia warunki doboru przyrodzonego — przystosowanie jednostki do warunków środowiska. Stworzonemi przez siebie nabytkami kultury podnosi człowieka i otaczający świat na coraz wyższe szczeble bytu.

Zaczynają ulegać zmianom przyrodzone warunki fizyczne, ulegają przeobrażeniu warunki współżycia, które ze stadnego skupienia przekształcają się w zorganizowany ustrój społeczny, przewartościowaniu ulega sam byt, jako wartość. Podstawowe prawo biologiczne walki o byt nie ulega zaprzeczeniu, lecz samo prawo ulega rozwojowi w obu swych członkach, — walki, jako narzędzie walczenia i bytu, jako wartości bytowania. Ostateczna formuła prawa nabiera takiego brzmienia, że prowadzi się coraz bardziej zacięta walka, coraz to doskonalszemi środkami o coraz to lepszy, wyższy byt.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka Dyr. Dr. med. Dr phil. Al. Piotrowski

TRZY PRZYPADKI NAPADOWEJ ZWROTNEJ NIERUCHOMOŚCI ŹRENIC SPOWODOWANEJ CIĘŻKIM URAZEM GŁOWY*)

podał
ALEKSANDER PIOTROWSKI

Od chwili odkrycia objawu zwrotnej nieruchomości źrenic przez Robertsona w r. 1869 nie ustała dyskusja nad kwestją klinicznej wartości tego fenomenu. Symptom wzmiankowany najczęściej zachodzi w wiądzie rdzenia i w porażeniu postępującem. Moebius utrzymywał, że zwrotna nieruchomość źrenic zasadniczo dowodzi istnienia jednej lub drugiej choroby.

Według opinji większości autorów objaw ten może pojawić się bez wiądu rdzenia i porażenia postępującego tylko u osób syfilitycznych bez względu na to, czy istnieją innego rodzaju wskaźniki chorobowe ze strony systemu nerwowego lub nie.

Nonne i Wohlwill stwierdzili klinicznie i anatomicznie izolowaną zwrotną nieruchomość źrenic w przypadku, gdzie nie było żadnych objawów porażenia postępującego, wiądu rdzenia lub kiły mózgordzeniowej, gdzie „cztery reakcje" były negatywne, gdzie badania mikroskopowe mózgu i rdzenia dały wyniki ujemne co do kiły, gdzie atoli kiła była pozytywnym szczegółem wywiadów.

Obaj autorzy kończą wywody swoje uwagą, że nie jesteśmy uprawnieni upatrywać z Moebiusem w zwrotnej nieruchomości źrenic przejawu tylko wiądu rdzenia, porażenia postępującego albo kiły mózgordzeniowej. Przypadek powyższy nie może być inaczej tłomaczony jak tem, że izolowana zwrotna nieruchomość źrenic przedstawia residuum dawniejszej sprawy anatomicznej sifilitycznej i że wypada przyjąć wygaśnięcie procesu, jeżeli reakcje płynu mózgordzeniowego są negatywne.

Dopóki odczyn Wassermanna nie był znany, dopóty trzeba było w przypadkach, w których objektywne badanie nie wykazało żadnych momentów przemawiających za kiłą, ograniczyć się do rezultatu osiągniętego z wywiadów; pozostała przeto pewna odsetka przypadków ze zwrotną nieruchomością źrenic, w których nie było można odnaleść znamion kiły. Mianowicie w alkoholizmie chronicznym obserwowano kilkakrotnie ten objaw i liczono się z tem, że i alkoholizm przewlekły może wywołać zwrotną nieruchomość źrenic.

Obecnie rozpoznajemy kiłę w przypadkach bez zewnętrznych objawów syfilitycznych za pomocą odczynu Wassermanna. (Oppenheim nie był przekonany o wartości dowodowej reakcji Wassermanna).

Jak niezmiernie rzadko obserwowano zwrotną nieruchomość źrenic w zachorzeniach niekiłowych, wykazują nietylko dawniejsze statystyki Moeliego, Siemerlinga, Uthoffa, Thomsena i innych, ale także doświad-

*) Referat wygłoszony na klinicznem posiedzeniu lekarzy w Dziekance w d. 16. XII 24

czenia Bumkego, który badał kilka tysięcy źrenic i stwierdził zwrotną nieruchomość tylko w wiądzie rdzenia, w porażeniu postępującem, w kile mózgu i w kile konstytucjonalnej.

Kwestję, czy zwrotna nieruchomość źrenic zachodzi także w zachorzeniach systemu nerwowego pochodzących z innej przyczyny jak kiła, Nonne rozstrzygnął twierdząco.

W r. 1912 i w r. 1915 Nonne opisał przypadki zwrotnej nieruchomości źrenic w ciężkim alkoholiźmie chronicznym z negatywnymi wynikami badań na kiłę. Doświadczenia Nonnego potwierdził R. Mees własnemi spostrzeżeniami. Pflüger i Mees na podstawie badań serologicznych przyszli do wniosku, że zwrotna nieruchomość źrenic bywa powodowana również alkoholizmem chronicznym. Że także alkohol metylowy wywołuje w przypadkach zatrucia zwrotną nieruchomość źrenic, wykazał A. Fuchs. Maas i Hoche, jakkolwiek przyznają, że w alkoholiźmie chronicznym w ostrym okresie intoksykacji obserwowano kilkakrotnie zwrotną nieruchomość źrenic trwającą krótki czas, to według ich mniemania, sprawa trwałej zwrotnej nieruchomości źrenic w alkoholiźmie chronicznym mogłaby być tylko wtedy rozstrzygnięta pozytywnie, gdyby nasze metody badania pozwalały z pewnością wykluczyć kiłę.

Wobec rzadkiego występowania zwrotnej nieruchomości źrenic jako następstwa alkoholizmu, nie należy zatem alkoholizmu uważać za przyczynę objawu, jeżeli chory miał kiłę.

Przy omawianiu statystycznych danych zebranych w piśmiennictwie w sprawie zwrotnej nieruchomości źrenic Bumke w drugiem wydaniu swojego dzieła o zaburzeniach źrenicowych uznaje pod względem praktycznym przejściową zwrotną nieruchomość źrenic u pijaków, obserwowaną przez Nonnego, wskazuje jednakże na okoliczność, że i Nonne po wprowadzeniu odczynu Wassermanna do badań rozpoznawczych nie spostrzegł więcej żadnego przypadku alkoholowej zwrotnej nieruchomości źrenic; Bumke dodaje, że temsamem w piśmiennictwie nie jest znany żaden przypadek zwrotnej nieruchomości źrenic, w którym kiła byłaby wykluczona.

Temu twierdzeniu przeczą obserwacje autorów, którzy zwrotną nieruchomość źrenic stwierdzili w chorobach różnego pochodzenia, mianowicie w cukrzycy (l. Dünner, A. Westphal, Biermann), w stwardnieniu rozsianem (von Rad, własne spostrzeżenia), w syringomyelji (Sicard i Gałęzowski), po dyfterji (Fr. Keller), po epidemicznem zapaleniu opon mózgu (Alfred Rechler): zwrotna nieruchomość źrenic może pojawić się wyjątkowo przy nadmiernym wysiłku mięśniowym, np. przy silnym uścisku dłoni (E. Redlich); zwrotna nieruchomość źrenic i objaw Westphala mogą stanowić nieprawidłowość zarodkową (Strohmeyer). Mniej sporną jest sprawa zupełnej nieruchomości źrenic, którą znajdujemy nietylko w kiłowych zachorzeniach systemu nerwowego, ale którą stwierdzono także w alkoholiźmie chronicznym, w psychozie Korsakowa, w arteriosklerozie mózgu, w otępieniu starczem, we wzmożonem ciśnieniu wśródczaszkowem (hydrocephalus, meningitis, tumor cerebri), w zacho-

rzeniach jąder w kile odziedziczonej, wreszcie jako jedyny objaw zalegający przebytego uszkodzenia mózgu natury syfilitycznej, toksycznej i traumatycznej; (również znane są dość liczne przypadki histerji, w których obserwowano zupełną nieruchomość źrenic—Röder, Donath, Aurand, Moebius, Frenkel, Nonne, Beselin, Weil, Block, A. Westphal).

Hoche, Binswanger i in. utrzymują, że w histerji nie zachodzi zwrotna nieruchomość albo opieszałe oddziaływanie źrenic na naświetlanie po myśli Robertsona. Tymczasem Alfred Kempner opisał przypadek histerycznych napadów drgawkowych z rozszerzeniem nierównych źrenic i zwrotną ich nieruchomością w napadzie.

Niekiedy obserwowano objaw podobny do symptomu Robertsona jako pozostałość zachorzenia nerwu okoruchowego porażonego wskutek urazu (Krüger, Seggel). Axenfeld utrzymuje, że zwrotna nieruchomość źrenic może także przedstawiać objaw pierwotny jako trwały znak zmian w mózgu powodowanych urazem. Właśnie dlatego, że chorzy wtedy równocześnie objawiają często zaburzenia psychiczne, przypadki owe mogą niekiedy, stosownie do okoliczności, powodować trudności rozpoznawcze. Atoli zjawiska takie są rzadkie. Wypada przypomnieć, że publikacje w tym przedmiocie pochodzą przeważnie z czasów, w których reakcja Wassermanna jeszcze nie istniała.

Do niedawna była nierozstrzygnięta kwestja, czy zwrotna nieruchomość źrenic (po myśli A. Robertsona) może być powodowana urazem.

To też dla neurologa ważniejsze od przypadków poprzednio wyszczególnionych są obserwacje zabużeń w postaci zwrotnej nieruchomości źrenic, które zachodziły w związku z urazem czaszki.

Jedną grupę można odłączyć od tych przypadków, których patogeneza łatwo da się wytłomaczyć; są to przypadki, w których histerja urazowa obok innych objawów chorobowych wykazywała także symptomy źreniczne. Tu dotąd należą np. przypadki Hitziga i Gumpertza. Nieprawdopodobny i przez autora samego negowany jest natomiast związek między urazem i zmianami źrenic w przypadku Oppenheima. Poszkodowany wskutek ciężkiego urazu czaszki (upadek na tył głowy podczas wykolejenia pociągu) miał obustronną zwrotną nieruchomość źrenic przy szeregu innych objawów nerwowych. Oppenheim upatrywał w tem zjawisku dowód, że u pacjenta rozwinęła się choroba organiczna systemu nerwowego. Z tem zapatrywaniem godzi się Uthoff, wskazując na swoich chorych z obrażeniem głowy i rdzenia, u których obserwował zwrotną nieruchomość źrenic.

W nowszych czasach pojawił się szereg publikacji o zwrotnej nieruchomości źrenic jedno — albo obustronnej, przemijającej lub trwałej, powstałej w następstwie urazu czaszki, że wymienię tylko ogłoszenia von Rada, R. Botziana, W. Meyera, R. Finkelnburga, Kl. Bergl'a.

(Br. Fleischer, E. Nienhold pisali o zupełnej nieruchomości źrenic pourazowej).

Wobec rozbieżności zdań co do pochodzenia objawu zwrotnej nieruchomości źrenic warto każdy przypadek niejasny i sporny zarejestro-

wać i rozważyć kryterja odgraniczające przypadek niekiłowy od kiłowego. Poniżej przytoczone przykłady przedstawiają objaw źreniczny jako symptom powstały na podstawie traumatycznej.

Do opublikowania niniejszej notatki powodowała mnie ta okoliczność, że w pewnym przypadku orzeczono o pacjencie cierpiącym na nerwicę urazową, który wykazywał nieprawidłowości źreniczne w postaci przemijającego zmniejszonego oddziaływania na światło, autor wywodzi, że objaw ten nie jest wytłomaczony urazem głowy, ponieważ niema śladu złamania czaszki, że raczej możliwem jest, że nieprawidłowości w oddziaływaniu źrenic przedstawiają objaw zachorzenia organicznego centralnego systemu nerwowego, które rozwinęło się niezależnie od urazu głowy, że przeciw tej opinji nie przemawia ujemny wynik badania na odczyn Wassermanna. Pacjent kilkakrotnie był badany przez lekarzy, atoli ani razu nie zauważono zaburzeń źrenicznych.

Klinicznie chory przedstawiał obraz następujący:

I. L. S. 51 l., kategorycznie zapewniał, że nie miał kiły. W maju r. 1915 S. uległ był ciężkiemu urazowi głowy; podczas zderzenia dwóch wagonów kolejki elektrycznej pacjent upadł na pręt żelazny, o który całą siłą uderzył prawą stroną głowy. Po wypadku nastąpił silny ból głowy i pojawiły się wymioty. Stopniowo rozwinęły się dolegliwości i objawy nerwicy urazowej. Częste badania, którym się chory z powodu cierpienia musiał poddawać, nie wykazywały żadnego objawu organicznej choroby nerwowej, nie było żadnych znaków wskazujących na kiłowe zachorzenie nerwowe, mianowicie źrenice były rozszerzone w średnim stopniu, równe, okrągłe i zwężały się prawidłowo na naświetlenie i na nastawienie. Trzy lata później podczas napadu nadzwyczaj silnego lewostronnego bólu głowy, pojawiły się u chorego nieprawidłowości w oddziaływaniu źrenic, mianowicie lewa źrenica była większa od prawej i reagowała na naświetlenie leniwie, ledwo dostrzegalnie. Nieprawidłowość ta ustąpiła po dwóch dniach, gdy przeszedł ból głowy. Po napadzie stan źrenicy był prawidłowy; źrenica reagowała normalnie na naświetlenie i na nastawienie. W ciągu dalszej siedem miesięcznej obserwacji pacjenta ból głowy pojawił się jeszcze dwa razy. Za każdym razem towarzyszyły napadowi temu zaburzenia źreniczne w postaci nierówności źrenic i leniwego oddziaływania lewej źrenicy na naświetlenie. Badanie nie wykazało żadnych objawów kiłowych. Odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgordzeniowym był negatywny.

Ze względu na okoliczności towarzyszące powstaniu cierpienia, wobec ujemnych wyników badania na kiłę jako też wobec doświadczeń własnych i innych, nie mogło byś wątpliwości co do charakteru objawu źrenicznego, który w tym przypadku nie był wyrazem sprawy kiłowej centralnego systemu nerwowego, lecz zjawiskiem powstałem na podstawie traumatycznej. Związek pomiędzy zwrotną nieruchomością źrenic — bo o ten objaw choroby tu chodzi — a ciężkim urazem głowy uwydatnia się zbyt wyraźnie. Wniosek odpowiedni nasuwał się tem natarczywiej, że miał precedensy w dwóch następnych przykładach.

II. I. B. 48 lat, nie miał kiły; w dniu 17. kwietnia 1916 przy zderzeniu dwóch wagonów kolejki elektrycznej B. wypładł z tylnej platformy na bruk i uderzył głową o kamień tak silnie, że zaraz stracił przytomność; później wymiotował. Od tego czasu

pacjent dostawał napady bardzo silnego prawostronnego bólu głowy. Poszczególny napad trwał kilka dni. W tym czasie chory był nadmiernie pobudliwy, rozdrażniony, gwałtowny. Na wyżynie napadu prawa źrenica była maksymalnie rozszerzona i nie zwężała się na naświetlenie, natomiast słabo na nastawienie. Z powodu dolegliwości chorego i jego drażliwość, badanie było niezmiernie utrudnione. W szczegółach napad przedstawiał się w ten sposób:

Najprzód uderzał moment, że prawa źrenica była szersza niż lewa, reagowała opieszale i niezupełnie na naświetlenie. W późniejszym okresie napdu nastąpiło maksymalne rozszerzenie i nieruchomość źrenicy na naświetlenie. Również potęgował się ból głowy, trwający 2 lub 3 dni. Twarz chorego była zaczerwieniona. Stopniowo ból głowy zmniejszał się i wreszcie zupełnie ustąpił, podczas gdy źrenica jeszcze czas niejaki pozostawała rozszerzona i nieruchoma na naświetlenie. Nastąpił potem okres trwający jeden do dwóch dni, w którym źrenica reagowała na naświetlenie opieszale; po tym okresie wróciła funkcja prawidłowa. W czasie napadu powyżej opisanego ciśnienie krwi było wzmożone. W czasie wolnem od napadów ciśnienie krwi wynosiło 115 do 130 nawet 110 mm. Podczas napadów ciśnienie krwi dochodziło do 140, 150, 160 a nawet 180 mm. Mierzenie ciśnienia krwi w ciągu całorocznej obserwacji pacjenta było przeprowadzane przez 5 miesięcy. Badania na kiłę dały wyniki ujemne, mianowicie odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgordzeniowym był ujemny.

Napad powyżej opisany przedstawia zespół czterech objawów charakterystycznych: skargi na silny ból głowy po prawej stronie, nieruchomość prawej źrenicy na naświetlenie (tylko w napadzie), wzmożenie ciśnienia krwi (do 180 mm), zaburzenia psychiczne w dziedzinie afektywnej.

III P. Sch. 46 lat, miał trzy razy gonorrhoe, nie miał kiły. Przed 16 laty Sch. uległ był ciężkiemu urazowi, gdy upadł głową na żelazną szynę i prawą stroną twarzy uderzył tak silnie o żelazo, że stracił przytomność. Od tego czasu pacjent jest nerwowym. Podczas obserwacji badany wykazywał wyraźne objawy nerwicy urazowej z antagonistycznym odruchem mięśnia piszczelowego przedniego (obajw Piotrowskiego), pr>l, który często występuje w przypadkach ciężkiego urazu głowy z wstrząsem mózgu.

Od czasu do czasu Sch. miewał napady silnego bólu głowy po lewej stronie. W czasie napadu lewa źrenica była maksymalnie rozszerzona i nieruchoma przy naświetlaniu. Twarz była czerwona, tętno napięte. Skóra na głowie po lewej stronie była na dotyk nadwrażliwa. Chory miał w tem miejscu uczucie rany, przy tem wrażenie, jakoby krew uderzała o ściany czaszki. Ojawy te trwały dwa do trzech dni, poczem nastąpił stan normalny.

Badania na kiłę dały wyniki ujemne; odczyn Wassermanna w surowicy krwi i w płynie mózgordzeniowym był negatywny.

Przytoczone poprzednio przykłady mają następujące cechy wspólne: zwrotna nieruchomość źrenic (w napadzie bólu głowy), w wywiadach ciężki uraz głowy, negatywne wywiady co do zakażenia kiłowego, negatywne wyniki badań na kiłę.

Tłomaczenie zaburzeń źrenicznych jako objawu zachorzenia kiłowego centralnego systemu nerwowego oznaczałoby w tym przypadku, wobec ujemnych wyników badań na kiłę, skrajny dogmatyzm diagnostyczny, nieuzasadniony obecnym stanem nauki.

Przeciwko organicznemu zachorzeniu centralnego systemu nerwowego natury syfilitycznej przemawia też ten szczegół, że zwrotna nie-

ruchomość źrenic występuje tutaj tylko rzadko, podczas napadu bólu głowy i trwa krótki czas kilka dni, znika z chwilą ustąpienia bólu głowy. W okresach wolnych od napadów bólu głowy — a okresy te trwają po kilka miesięcy — źrenice działają prawidłowo na naświetlenie i nastawienie i nie zdradzają żadnych zboczeń od stanu normalnego.

Wprawdzie w zaburzeniach kiłowych zachodzą niekiedy lekkie wahania w chorobowym stanie źrenic, ale te wahania są nieznaczne i nie są tego rodzaju, ażeby źrenice długie miesiące znajdowały się w stanie normalnym. Przeciwnie prawie zawsze można stwierdzić stan mniej lub więcej chorobowy źrenic.

Jeżeli w pierwszym z przytoczonych przykładów orzeczenie zawiera wzmiankę, że zwrotna nieruchomość źrenicy (słabsze oddziaływanie na światło) nie jest wytłomaczone urazem głowy ze względu na to, że niema śladu złamania czaszki, to wypada wskazać na przypadek Klemensa Bergl'a. Pewien żołnierz wskutek ciśnienia gazów z granatu eksplodującego w jego sąsiedztwie został odrzucony na 15 kroków i uległ silnemu wstrząsowi mózgu bez złamania czaszki. Poszkodowany miał przez 3 tygodnie zwrotną nieruchomość źrenic. Autor wyklucza kiłę i przyjmuje krwawienie albo kontuzję albo funkcjonalne uszkodzenie w sąsiedztwie centralnego odcinka łuku odruchowego wzrokowego.

Przy uwzględnieniu danych, mianowicie urazu głowy z wstrząsem mózgu i negatywnej kiły, należało przyjąć, że pojawiająca się zwrotna nieruchomość źrenic stoi w związku z urazem głowy i nie jest powodowana zachorzeniem kiłowem centralnego systemu nerwowego.

W każdym razie rozrzucone w piśmiennictwie publikacje o zwrotnej nieruchomości źrenic powodowanej urazem, świadczą, że istnienie objawu w przypadkach różniczkowego rozpoznania kiły centralnego systemu nerwowego, które mimo nowoczesnych środków diagnostycznych niekiedy powoduje jeszcze trudności, nie może być zużytkowane bezwzględnie jako objaw wyłącznie zachorzeń kiłowych, lecz przy braku wszelkich danych kiłowych, a przy istnieniu innych momentów chorobotwórczych zwrotna nieruchomość źrenic ma znaczenie objawu wywołanego temi innemi przyczynami, a więc w danym razie także ciężkim urazem głowy.

Tem więcej należało kierować się rozumowaniem poprzedniem przy ocenie omawianych przypadków, ponieważ poszkodowani, którzy byli zabezpieczeni od wypadku nieszczęśliwego, domagali się odszkodowania i chodziło tu w pierwszym rzędzie o orzeczenie odpowiadające na pytanie, czy cierpienie stwierdzone u pacjentów, stało w związku przyczynowym z urazem czy nie.

Ten szczegół właśnie jest charakterystyczny dla przytoczonych przykładów, które obok znaczenia teoretycznego mają wybitne znaczenie praktyczne.

Upatrując w zaburzeniach źrenicznych tylko objaw choroby syfilitycznej centralnego systemu nerwowego, biegły temsamem musiał wy-

kluczyć związek przyczynowy między urazem a cierpieniem. W najkorzystniejszym razie orzeczenie mogło zawierać opinję, że, jakkolwiek uraz głowy ze względu na zwrotną nieruchomość źrenic nie jest przyczyną swoistą cierpienia, to jednak należałoby przyjąć, że wskutek ciężkiego urazu głowy ze wstrząsem mózgu choroba syfilityczna pogorszyła się, wzgl. wybuch jej został przyspieszony.

Takie orzeczenie byłoby błędne, nie odpowiadałoby stanowi rzeczy i skrzywdziłoby poszkodowanych.

Tymczasem związek przyczynowy między urazem a cierpieniem wobec wyraźnych znamion nie da się zaprzeczyć; zatem pretensje petentów o odszkodowanie były uzasadnione.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

ZESPÓŁ OBJAWÓW PRĄŻKOWO - WZGORZOWY

podał

OSKAR BIELAWSKI.

Pragnę podać tu przypadek zachorzenia neurologiczno-psychicznego, które nie tyle jest rzadkie, ile, zdaniem mojem,— często przeoczane z przyczyny, że psychoza utrudnia tu wgląd do zaburzeń natury neurologicznej, utrudnia dokładne wykrycie i zanalizowanie tych zaburzeń.

P. T., lat 36, inżynier z zawodu Dziedzicznie nie obarczony; rozwijał się prawidłowo; kiły, gruźlicy nie przechodził. W roku 1920 przebył dur wysypkowy; jakąś inną infekcyjną chorobę, durowej natury, przebył w r 1922. Po wyleczeniu z ostatniej, pracował w swym zawodzie jeszcze do maja 1923 r., kiedy to począł skarżyć się na częste bóle głowy, miewał stany o których się sam wyrażał, iż mu „się wydawało, że warjuje". Wkrótce zaniechał pracę, zaniedbał swe sprawy. Oświadczył, że nie potrzebuje pracować, gdyż mu pieniędzy zarobionych wystarczy. Wreszcie, pewnego dnia, zamyka swój pokój hotelowy (w Grodnie) i, jak stoi, wyjeżdża do Warszawy. Dopiero wówczas poczęło się otoczenie domyślać, cierpienia psychicznego u p. T. Stał się apatyczny, powolny, małomówny, cichy, niedbały o swą garderobę i toaletę. Sypia dłużo, niekiedy zasypia już w trakcie rozmowy.

Leczył się w paru lecznicach stołecznych i, z rozpoznaniem schizofrenji, dostaje się do naszego Zakładu w dniu 5. 7. 24.

STAN OBECNY CIELESNY. Źrenice zwężone, lewa ma formę owalną Obie oddziałują leniwie na naświetlenie, dostatecznie na zbieżność. Drobne drżenie wysuniętych rąk, spuszczonych powiek. Język nie drży, nie zbacza. Mioklonja-minus. Wyraźny objaw diffuzji (Neri) w formie zginania palców przy stosowaniu prądu farodycznego z miejsca przyczepu m. trójgłowego do wyrostka łokciowego. Lekkie napięcie mięśni w kończynach. Twarz nieco skrzępła, postać pochylona ku przodowi. Odruchów z podeszwy brak, przy badaniu jednak tych ostatnich powstaje skurcz odruchowy mięśnia czworogłowego. Odruch ten prędko się jednak wyczerpuje. Odruchy brzuszne i mosznowe zachowane. Odr. kolanowy żwawszy po stronie lewej. Odr. mięśnia piszczelowego przednjego wzmorzony obustrzonnie, żwawszy jest jednak po stronie lewej. Odruchów Achillesa brak. Ergometr dla ręki prawej: (1) 49, 39, 28, (2) 40,

41, 40, — dla ręki lewej (1) 23, 39, 40, (2) 39, 20, 31. Czucie na dotyk jest nie zmienione. Badanie estesiometrem Webera dało następujące wyniki: 2 czucia dotyku— przy rozwarciu nożek cyrkla do 2 cm. na piersi; tenże efekt przy rozwarciu cyrkla do 1 cm na dłoni i palcach, wreszcie, na plecach — odczuwanie 2 dotyków przy rozwarciu — do 3 cm. Przy zachowaniu czucia dotykowego, uderza silne zaburzenie w dziedzinie wrażliwości chorego na podniety termiczne i bólowe. Nie odróżnia próbówki z b. zimną wodą od tak gorącej, że ją badający nie może przez chwilę trzymać w swej dłoni Efekt nidwrażliwości na podniety tej natury jest u chorego jednaki w każdej okolicy skórnej Wzgl. małe wahania termierne odróżnia badany lepiej. Na głębokie ukłucia igłą (po całej skórnej powierzchni) otrzymujemy odpowiedzi: „tępo". Dotknięcie palącym się papierosem skóry chorego, leniwym głosem taksuje ostatni niekiedy, jako ukłucie; najczęściej jednak nie cofa ręki przy przypalaniu i nie rozpoznaje czucia wcale. Okazało się również, że pacjent nie jest wrażliwy na łechtanie, nie wywołuje ono u niego żadnego odruchu obronnego. Subjektywne skargi chorego na nieokreślonej natury bóle, które od czasu do czasu, odczuwa w dolnych knńczynach, zwłaszcza lewej, nie dały przy najdokładniejszem badaniu żadneych objektywnych podstaw. Czucie głębokie (mięśniowe) nie wykazało zboczeń od normy. Z dziedziny wegetacyjnej zanotować należy u chorego dolyurję, łojotok, pocenie kończyn.

Serologicznie: mocz bez białka i cukru Krew: Weil — Feliks, Widal — ujemne Kilkakrotne badanie Wassermanna w krwi i płynie dało wynik ujemny. Pandy + + +, Nonne — Appelt + +, Weichbrodt + + +; leukocytoza — 4 — 6, niektóre ciałka białe w stanie rozpad. Cholesteryna w płynie około 0,02 w 100 $cm.^3$ płynu

STAN PSYCHICZNY cechuje nieomal niezmiennie bradyfrenja i bradypsychizm wogóle, raz mniejszy, raz większy i, tylko zrzadka, przerywany krótkotrwałemi okresami podniecenia w myśi i ruchu Naogół myśl depce się nieoml na jednym temacie, bez możności przejścia na nowe drogi kojarzeniowe, stąd liczne objawy sterotypji w mowie i piśmie Intelekt, jako takowy nie wydaje się, by był wciągnięty pierwotnie w sprawę chorobową Pacjent robi błędy w wykonywaniu zadan algebraicznych, widocznem est tu jednak, że źródło tych błędów tkwi nie w defektach pamięciowych, lecz w trudnościach w posługiwaniu się zdobytym niegdyś materjałem kojerzeniowym a to na skutek zahamowania psychicznego. Stwierdzamy u pacjenta również bierność w zachowaniu się i powolność cuozym rozkazom oraz stałą apatję.

Streszczając się stwierdzamy, że część obrazu klinicznego dotycząca zaburzeń psychicznych, motorycznych i roślinnych zbliżona jest najbardziej do stanu, który się określa mianem parkinsonizmu. Etjologja tego zachorzenia w przypadku danym, nie jest iasna, gdyż nie wiemy, czy wymieniony w anamnezie krótko przed zachorzeniem przebyty „stan durowy", mamy kwalifikować jako początek (ostry przebieg) nagminnego zapalenia mózgu, czy też była to przeciwnie jakaś inna infekcyjna (kiłowa?) choroba mózgu, w następstwie której rozwinęło się opisane tu cierpienie. Pozostawiając zagadnienie to otwartem, zwrócimy się do innej kategorji objawów, które cechują zachorzenie — do swoistej natury dzissocjacji czuć którąśmy stwierdzili u badanego. Owe rozszczepienie czucia różni się tu tak jawnie od zaburzeń czucia natury analogicznej spostrzeganych w zespołach rdzenia. (Brown-Sequard, zespół centralny, zachorzenie sznurów, syryngomielja itp.), że

uważałbym za zbyteczne wdawać się tu w szczegółową rozprawę dotyczącą odróżnienia jego od tych zachorzeń. Już sam fakt rozlania specyficznej dissocjacji po całej skórze, przytem po obu stronach ciała jednakowo, przemawia przeciw tym zachorzeniom jak również i brak zaburzeń w dziedzinie czucia mięśniowego. Wykluczyć również będziemy musieli możliwość umiejscowienia sprawy, powodującej rozszczepienie czucia, w mózgu przedłużonym w postaci jakiegoś ogniska tam (hemianestezja alternans), lub wreszcie we wstędze. Ogniska wstęgi powodować mogą wprawdzie również rozszczepienie czucia, mimo, że drogi czucia i bólu są tu już po skrzyżowaniu. Dissocjacja pochodzi tu z tej przyczyny, że drogi czuciowe przebiegają tu w, bądź co bądź, pewnej odległości od siebie, to też często się zdarza, że jest porażone wyłącznie tylko jedno czucie: bólu, względnie ciepłoty. To też pomijając te wszystkie nieaktualne dla naszego przypadku możliwości wyszczególnionych już dissocjacji czucia, zastanowimy się nieco obszerniej nad sprawą umiejscowienia procesu we wzgórzu wzrokowem.

Z cennych prac Head'a*), opartych na doświadczeniach i obserwacjach klinicznych, wiemy, że badacz ten uważa pewną część wzgórza wzrokowego za jedną z najważniejszych punktów węzłowych dróg czuciowych. Dla pewnych podniet jest wzgórze wzrokowe stacją końcową drogi do świadomości, mianowicie dla takich jak czucia bólu, wysokiej temperatury — słowem wszystkich podniet afektywnych, połączonych stale z właściwym im tonem uczuciowym, (więc nietylko ujemnym, lecz również dodatnim). Ośrodek ten dla podniet tych leży w części bocznej wzgórza wzrokowego. Czynność jego nie polega na gołym procesie przyjmowania wrażeń czuciowych, lecz więcej, bo na ocenie porównawczej przeżyć tego rodzaju do przebytych już niegdyś. Jest i inna właściwość życia psychicznego, połączonego z tym ośrodkiem. Mianowicie, bez wpływów hamujących, które według hipotezy H. przebiegają włóknami od kory do tego ośrodka, — czucia bólu i temperatury stają się bardziej rozlane, przesadnie dokuczliwe i długotrwałe. Innemi słowy hamulce te przyczyniają się do żywszej modulacji, skrócenia i zlokalizowania omawianych uczuć. Zaburzenia więc okolic leżących dośrodkowo od węzłów czuciowych wzgórza, wywołują w dziedzinie czucia zjawiska analogiczne do uszkodzeń torebki wewnętrznej i kory — odhamowania. Od Head'a wiemy również po eksperymentach, które ten badacz dokonywał na samym sobie, że uczucia przypalenia (wywołane przez silne oziębienie lub gorąco), dalej głębokie czucie bólu, łechtania i drgania należą do jednej grupy t. zw. czuć protopatycznych. Włókna służące im za przewody biegną w specjalnym trakcie, który się kończy w talamus opticus. Podrażnienie tego ośrodka (eksperymentalne) wywołuje przystęp swoistej rozlanej bolesnej sensacji

Wprawdzie, zdanie przytoczonego powyżej autora, uważającego wzgórze za siedlisko świadomości wzmiankowanych czuć, w sensie zdol-

*) Sensory disturbances form cerebral lesion (Brain. Vol. XXXIV Parts II. u. III. ref. Neur. Centr. 1909, 1912 i inn.)

ności powzięcia sądu porównawczego o każdem z tego rodzaju doznawań, — nie podzielają niektórzy badacze (Marie, Bouttier, Pieron). Ten ostatni już jednak przyznaje wzgórzu wzrkowemu conajmniej rolę ośrodka oddziaływania wzruszeniowego na podniety czuciowe.

Po tych paru uwagach sądzę, iż wolno wyciągnąć wniosek, że wykryty u chorego zespół zaburzeń w dziedzinie protopatycznych czuć i to w sensie ich upośledzenia, — znamionuje zanikowy proces, umiejscowiony w bocznej części wzgórza wzrokowego. Być może, owe, nieokreślonego umiejscowienia i charakteru, okresowe skargi chorego na ból, — odpowiadają tlącemu się tam gdzieś jeszcze procesowi zapalnemu. Mniej prawdopodobnem byłoby umiejscowienie sprawy nieco wyżej, w przyjmowanych przez H. włóknach niosących z kory impulsy hamujące do wzmiankowanych jąder. Prócz problemtyczności sprawy przeznaczenia tych włókien, przemawia przeciw podobnej koncepcji również całość obrazu zaburzeń czuciowych tu spotkanych. (Musielibyśmy w takim razie spotkać się tu z objawami niejako „hypperrefleksji czuciowej", czego nie widzimy).

Po uwzględnieniu całokształtu objawów chorobowych występujących w omawianym przypadku, należy przyznać, że proces nie ograniczył się tu jedynie do zajęcia wzgórza i striatym. Lekka pareza lewostronna natury piramidowej, oraz pewne zmiany w źrenicach każą przyjąć, że zakres objęty zmianami chorobowemi jest szerszy i nie skupił się tylko w dwóch wyspach usadowionych po obu stronach torebki wewnętrznej.

Parę uwag jeszcze dotyczących zespołu jądra prążkowanego. Używam tu terminu tego w znaczeniu raczej symbolicznym (jako równoważnika ruchowych zaburzeń pozapiramidowej natury), niż z zamiarem ściślejszego anatomicznego umiejscowienia procesu. Czynię to omówienie z tej przyczyny, że bądź co bądź i mimo szeregu pięknych prac badaczy tej dziedziny, nie udało się ustalić dotąd ściślej roli w tej sprawie poszczególnych sąsiadujących z ciałem prążkowanem ośrodków i dróg. Zwłaszcza prace najświeższe (eksperymentalne i patologo-anatomiczne) — wygłoszone częściowo na ostatnim kongresie alienistów i neurologów w Paryżu, raczej przysporzyły szereg nowych wątpliwości (Bremer, Nissem, Van Bogaert, Donnagio, Anglade, Foix, Urechia, Malescu i wielu innych). Stwierdzono mianowicie, że w procesie zachorzenia parkinsonicznej natury nie rozstrzygnięta jest dotąd rola i udział miejsca czarnego w mózgu, jądra czerwonego a nawet móżdżczka z jego jądrem zębatym.

Powróćmy teraz do opisanej w naszym przypadku psychozy z zespołem prążkowo-wzgórzowym, jako całości. Już na początku tej pracy zaznaczyłem, że nie jest to zachorzenie rzadkie. Niekiedy jest zato dość trudne do wykrycia. Zawdzięczając tylko okoliczności, że w przypadku omawianym można było, mimo pewnego zahamowania, udostępnić sobie o tyle drogę do psychiki badanego, że się udało przeprowadzić dość dokładne badania czucia, — umożliwionem tem samem okazało się

ściślejsze rozpoznanie neurologiczne. Częściej jednak zahamowanie psychiczne, towarzyszące podobnemu zespołowi zaburzeń czucia jest tak silne, że trudno ustalić dokładnie ten ostatni, a trudniej jeszcze stwierdzić ową dissocjację, o rozpoznanie której najwięcej tu chodzi. Napotykany w podobnych razach brak wrażliwości na podniety czuciowe tłomaczymy sobie (przy pobieżnym badaniu) odwróceniem na wewnątrz uwagi chorego, kompleksami psychicznemi, autyzmem itp. Samo zaś zachorzenie zbywa się w tych razach mianem katatonji, a w najlepszym razie — parkinsonizmem, o ile dopisały odpowiednie dane z anamnezy chorego. Jestem jednak przekonany, na podstawie dokonanych badań innych chorych, że nie jest tak mała liczba zachorzeń natury katatonicznej, gdzie się uda ugruntować rozpoznanie o brzmieniu jak w tut. pracy, uzgodnione bardziej z duchem czasu i nowoczesnemi zdobyczami anatomo-klinicznemi. W literaturze francuskiej został również opisany przypadek, pod względem neurologicznym nieomal identyczny z podanym powyżej (Guiraud i Daussy).

Zdając sobie dokładnie sprawę, że ujęcie w ten sposób formy omawianego zachorzenia, bez poparcia obserwacji klinicznej badaniem patologo-anatomicznem, — pozostaje tylko konstrukcją kliniczną, — mam jednak nadzieję, że ogłoszenie go drukiem może się przyczynić do wyróżniania ujętych ściślej jednostek i zespołów chorobowych na miejsce mglistych pojęć w rodzaju schizofrenji i jeszcze dotąd nieomal identyfikowanej z nią przez wielu autorów „katatonji".

STRESZCZENIA i OCENY.

H. Bieder — ZUR WISMUTBEHANDLUNG DER SYPHILIS Münchener Medizinische Wochenschrift N. 37 — 1924 r. Würzburg. B. stosował śródmięśniowo — Spirobismol, Nadisan, Milanol, Bisuspen; śródżylnie — Nadisan, Wismut-Diasporal, Wismuleń. Najlepiej znosili chorzy i najlepsze otrzymano wyniki po stosowaniu preparatów Milanolu, Bismogenolu, Spirobismolu, najgrorsze zaś po stosowaniu Wismulenu. Przeprowadzono 85 kuracji (1100 wlewań); ustalono dodatni wpływ Bi. na objawy kliniczne, na odczyn W. we krwi, na same krętki i na stan płynu mózgowo-rdzeniowego we wszystkich okresach kiły. Autor daje pierwszeństwo preparatom podawanym śródmięśniowo przed podobnie podawanymi preparatami Hg. Z objawów ubocznych podczas leczenia spostrzegano:— wzniesienie ciepłoty do 38,5°, rąbek bizmutowy na dziąsłach dolnych siekaczy, stomatitis słabego stopnia, bóle głowy i zębów, białkomocz, wysypkę pokrzywkową, utratę wagi. Próby z nowymi preparatami jak Casbis, Mesurol, Bismophan nie są ukończone

Stawirej — „Kochanówka".

F. Dietel — EINE METHODE ZU SOFORTIGER BEHANDAUNG VON SALVARSANINFILTRATEN (M. M. W. N 4. 1925). Autor gorąco zaleca w wypadkach utworzenia się nacieku podczas stosowania wlewań śródżylnych neosalsalvarsanu następującą metodę postępowania: należy natychmiast odłączyć strzykawkę od igły, zawartość strzykawki wypuścić, poczem aspirować z nacieczenia neosalvarsan kilkakrotnie; inną strzykawką i inną igłą wstrzyknąć w owe nacieczenie i w okolicę około 10 cm³ fizjologicznego wyjałowionego roztworu soli kuchennej. Roztwór ów rozcieńcza salvarsan, który już nie może wtedy działać żrąco. Jako wa-

runek dobrego wyniku stawia autor natychmiastowe postępowanie.

Stawirej—„Kochanówka„

G Schneider. Illenau — ÜBER LUMINALINJECTIONEN BEI ERREGUNGSZUSTÄNDEN. (M. M. W. N. 50—1924) Wzmianki o podskórnem stosowaniu soli sodowej luminalu znajdujemy u licznych autorów (Wetzel, Geissler, Raecke, König, Treiber). Wlewania powyższe wkrótce były zaniechane z powodu występowania miejscowych zmian zapalnych i martwicy. Nie chcąc się pozbyć tak dobrego pod wielu względami środka leczniczego, autor postanowił znaleźć sposób podawania luminalu, któryby dał możność uniknięcia wyżej wspomnianych objawów ubocznych. Autor przygotowuje 20% rozczyn soli sodowej luminalu, przyczem rozpuszcza ją na zimno w destylowanej i uprzednio wyjałowionej wodzie Rozczyn świeżo przygotowany filtruje i na 30 cm rozczynu dodaje 3 krople czystego kwasu karbolowego; wstrzykiwanie wykonywa śródmięśniowo, a mianowicie: do m. deltoideus, w górną i zewnętrzną część pośladków, albo do m. quadriceps cruris Kwas karbolowy należy dodawać do rozczynu, by uniknąć występowania ropni Śródmięśniowe zastrzykiwanie luminalu znajduje zastosowanie u chorych niespokojnych i odmawiających przyjmowanie leków. Sch zaczyna od dawki 2 cm^3 powyższego rozczynu 1—2 razy dziennie; w stanach silnego podniecenia dochodzi nawet do 5 cm^3 2 razy dziennie, to znaczy 2,0 gr. soli sodowej luminalu bez jakichkolwiek szkodliwych objawów. Działanie zbiorowe tego środka zmusza niekiedy do przerwy w stosowaniu luminalu na przeciąg kilka dni Mniej więcej po 45 min. chorzy zasypiają, albo uspakajają się, są przystępniejsi i lepiej jedzą Autor na tysiące wlewań nie zauważył szkodliwego działania ubocznego.

Bokun—Dokontowa
„Kochanówka".

Trènel i Cuel. — ALIMENTATION ARTIFICIELLE PAR VOIE NASALE SANS SONDE (Annales medico psycholog. 1924 nr. 2, juillet) W przypadkach, gdzie karmienie sztuczne psychicznie chorych przy pomocy zgłębnika nie jest wskazane, lub też męczące i utrudnione, — proponują autorzy stosować wlewanie niepośrednie mleka przez nozdrzę.

Pozycja pacjenta przy zabiegu — leżąca; wlewanie powolne, nieomal kropla po kropli; mleko musi być ciepłe. By się przekonać, że płyn nie trafia do tchawicy, — należy wlać poprzednio odrobinę ciepłego rozczynu fizjologicznego soli kuchennej (nie wody, która drażni). Płyn leje się z filiżanki o ryjku, względnie z podobnie zakończonej łyżeczki. Płyn ścieka przytem po tylnej ściance gardła (pharynx) nie wywołując przystępów kaszlu.

Przy cierpliwości i wytrwałości można wprowadzić w ten sposób wystarczającą ilość pokarmu potrzebnego do odżywiania chorego O. B.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

— POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHJATRYCZNE (Zarząd Główny) prosi nas o umieszczenie następującego okólnika:

Do Zarządu oddziałów P. T P. Warszawa, dn 24 2. 1924.

W październiku r. z. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego otrzymał pismo Zarządu Oddziału Krakowskiego z zawiadominniem, że „Oddział uchwalił wobec pogłosek, jakoby Zjazd Psychjatrów miał się w przyszłym roku nie odbyć, — obstawać przy decyzj, odbycia Zjazdu w Krakowie w Zielone Świątki 1925 r, powziętej przez Zjazd w Lublińcu, wychodzące z założenia, że decyzja ta jest z natury rzeczy miarodajna i nie może być zmieniona". Natomiast w lutym roku bież. Krakowski Komitet Organizacyjny VI-go Zjazdu Psychjatrów Polskich zawiadomił Zarząd Główny pismem z dnia 12. 2 25., że „postanowił na swem ostatniem posiedzeniu jednomyślnie termin Zjazdu w Krakowie przenieść na rok 1926".

Zarząd Główny Polskiego Tow Psychjatrycznego na posiedzeniu, odbytem w dniu 23. 2. 25 r , po rozważeniu położenia, stworzonego przez decyzję kolegów Krakowskich, doszedł do wniosów następujących :

1) Wobec uchwały Krakowskiego Komitetu Organizac. VI-ty Zjazd Psychjatrów Polskich nie może odbyć się w terminie i miejscu wskazanem przez V Zjazd w Lublińcu.

2) Konieczność odbycia dorocznego Walnego Zgromadzenia Ogólnego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zmusza Zarząd Główny do przeniesienia terminu i miejsca zgromadzenia i połączenia go ze Zjazdem Lekarzy i Przyrodników, który ma odbyć stę w Warszawie w lipcu roku b.

3) Odczyty i referaty przygotowane na VI Zjazd Psychjatrów Polskich należy zgłaszać do Sekcji Neurologiczno-Psychjatrycznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników na ręce Przewodniczącego Sekcji ppułk Dr-a Nelkena (Warszawa, Marszałkowska 33)

Stwierdzając w warunkach stworzonych przez Krakowski Komitet Organizacyjny VI-tego Zjazdu P. P który samowolnie uchwalił nie organizować w r. b. Zjazdu w Krakowie, — a więc powziął uchwałę, co do której Oddział Krakowski zastrzegał się, że Zarządowi Głównemu nie przysługuje prawo jej powzięcia, — Zarząd Główny uważa, że w tym stanie rzeczy nie może spełniać nadal swych obowiązków, składa swe mandaty i upoważnia skarbnika Towarzystwa, Dr Łapińskiego (Warszawa, Bonifraterska 12) do załatwiania spraw bieżących Towarzystwa do czasu wyboru nowego Zarządu. Przewodniczący: (—) J. Mazurkiewicz. Zastępca Przewodniczącego: (–) W. Łuniewski. Skarbnik: (—) T. Łapiński. Sekretarz: (—) R. Radziwiłłowicz.

— XII-ty ZJAZD LEKARZY i PRZYRODNIKÓW POLSKICH odbędzie się w Warszawie w lipcu roku 1925 po 14-letniej przerwie

Dla braku miejsca podajemy z pomiędzy 33, uż utworzonych sekcji, tylko te, które mogą najbliżej zająć psychjatrę: sekcja psychologji —prof Józef Joteyko (Wilcza 47). Sekcja nauk antropologicznych — prof Kazimierz Stołyhwo (Piękna 4). Sekcje chorób nerwowych i umysłowych: a) choroby nerwowe — Bregmann (Marszałkowska 124), b) choroby umysłowe — Nelken (Marszałkowska 33). Sekcja medycyny sądowej — prof. Grzywo— Dąbrowski— (Wilcza 20).

Referatami głównemi sekcji N. Ps. są: 1) O ropniach mózgu (ref. J Rothfeld) 2) O nagminnem zapaleniu mógu (Z. Szymanowski, J. Kaelichen, S Handelsman, T. Simchowicz).

Komitet uprasza o nadsyłanie prac wraz z krótkiem streszczczeniem do Sekretarjatu (Plac Trzech Krzyży 4—6) do 15. 5. rb.

— TOWARZYSTWO LEKARSKIE FRANCUSKO-POLSKIE zawiadamia, żę II. kongres lekarski francusko - polski odbędzie w Paryżu od 23 do 26 kwietnia, poczem nastąpią wycieczki do Vichy, Lyonu, Nancy i Strasburga

Wszelkich informacyj udzielają sekretarze Towarzystwa Lek. Fr -Polskiego: Dr Józef Zieliński, Wspólna 51 m. 6 tel. 225-26, Dr. Melanowski, Żórawia 31, tel. 502-50

— Z IZBY LEKARSKIEJ WARSZAWSKO - BIAŁOSTOCKIEJ. Po dokonaniu wyborów przez Radę Izby w dniu 14 grudnia 1924 r. członków Zarządu i ich zastępców na rok 1925 i ukonstytuowaniu się Zarządu w dniu 30 grudnia 1924 r. skład jego stanowią: Naczelnik Izby Dr. Przyborowski A , Zastępcy Naczelnika: Dr Jakowicki W., Dr Osiński E ; pisarz Izby Dr. Sochacki Ig ; skarbnik Dr Kasperowiczowa M ; członkowie Zarządu: Dr. Dr Kwaśniewski M , Lewin G , Mutermilch St., Zelisławski J.; zastępcy członków Zarządu: Burzyński J , Filipowicz W., Kowalczewski J. Mossakowski J , Offenberg J., Podkóliński F , Śmiechowski A , Wojnówna Z., Zamenhof L.

— KOMUNIKAT IZBY LEKARSKIEJ WARSZAWSKO-BAŁOSTOCKIEJ O normie płacy za godzinę pracy lekarskiej w ambulatorjach i innych zakładach leczniczych. Rada Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej na po-siedzeniu swojem w dniu 14 grudnia 1924 r uchwaliła normę płacy za godzinę pracy lekarskiej w wysokości 10 złotych. Zgodnie z art 22 Ustawy z dnia 2. XII 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie Polskiem — „jeżeli warunki płacy odbiegają od norm ogłoszonych przez Izbę Lekarską, lekarz winien zawiadomić o nich na piśmie Izbę".

— „WYCHOWANIE FIZYCZNE". Wyszedł z druku nowy zeszyt tego pisma Nr. 7 — 12 z 1924 r. redagowany przez prof. Eug. Piaseckiego w Poznaniu. Po dłuższej przerwie będzie wychodzić w odstępach kwartalnyuh, i to w marcu, czerwcu, wrześniu i grudniu Na treść zeszytu 7—12 składają się: artykuły oryginalne dra St Kopczyńskiego,— Lekarz szkolny na zachodzie, prof E. Piaseckiego — Wychowanie fizyczne w Grecji starożytnej, oceny nowych książek, przegląd czasopism, wiadomości z towarzystw, instytucyj i zjazdów, notatki bibljograficzne i kronika. Redakcja i Administracja — Poznań 3, Ogród Botaniczny. Prenumerata roczna 10.



Prof. dr ANTONI MIKULSKI
Dyrektor kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Króla Stefana Batorego w Wilnie.